

QUO VADIS



НАЦИОНАЛНО ИЗДАНИЕ НА БЪЛГАРСКИ ЛЕКАРСКИ СЪЮЗ



На 25 ноември 2021 г. СЗО беше информирана за нов вариант на вируса SARS-CoV-2, т. нар. Омикрон. Това е около 23 месеца след първия докладван случай на COVID-19. Omicron се появи в свят, изморен от COVID-19, на фона на широко разпространените отрицателни въздействия върху социалното, психическото и икономическото благополучие.

OMICRON

КАКВО СЛЕДВА ВЪВ ВИРУСНАТА ЕВОЛЮЦИЯ

Omicron се оказва поредното предизвикателство пред изследователите – дали ще рестартира пандемията или поставя началото на края? Учени от цял свят се опитват да дадат отговор, съпоставяйки сегашната ситуация с други подобни от миналото.

Какви са техните изводи и мнения, четете **на стр. 6, 7**



КАМПАНИЯ
NOVEMBER


2021

Д-Р ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ:

На стр. 8

ЕДИН НА 8 МЪЖЕ РАЗВИВА РАК НА ПРОСТАТАТА

Д-Р ИВАН МИТЕВ

На стр. 4



ЛЮБОВТА КЪМ ПРОФЕСИЯТА КАТО ДВИЖЕЩА СИЛА

ЗА КОНТРОЛ НА ГРИПНИТЕ СЪСТОЯНИЯ

Осцилококцинум!

ПРОФИЛАКТИЧНО
1 доза седмично

ПРИ КОНТАКТ С БОЛНИ
1 доза на всеки от контактите

ИЗЯВЕНА КЛИНИЧНА КАРТИНА
По 1 доза сутрин и вечер

ПРИ ПЪРВИТЕ СИМПТОМИ
1 доза възможно най-рано, повтаря се 2-3 пъти през 6 часа

2 ОПАКОВКИ = 3 МЕСЕЦА ПРОФИЛАКТИКА!



BOIRON

Хомеопатичен лекарствен продукт без лекарско предписание. КХП 24118/06.11.2013
За пълна информация:
Бул. Шипченски проход 9, ет. 5, офис 11, 1111 София
email: boiron.bulgaria@boiron.bg



- Съборът на БЛС даде мандат за преговори по конкретни параметри за анекс към НРД 2020-2022
 - До 31.XII. трябва да се въведат пълните и актуални данни на членовете на БЛС в регистъра
 - 130 години от създаването на ВМА
- На стр. 3



СКАНИРАЙ МЕ



ГОРЕЩИ ТЕЛЕФОННИ ЛИНИИ НА БЛС: ЗА COVID - 02 907 07 08 | СИГНАЛИ ЗА АГРЕСИЯ - 02 907 07 07

Д-Р РАДИСЛАВ НАКОВ С ПОСМЪРТНО ПРИЗНАНИЕ ОТ БХК ЗА ПРИНОС КЪМ ПРАВАТА НА МЛАДИТЕ ЛЕКАРИ

Д - р Р а д и с л а в Наков, който ни напусна наскоро, бе отличен с почетна грамота в рамките на церемонията „Човек на годината“ 2021 на Българския хелзинкски комитет. Тя бе връчена на съпругата му д-р Радиана Накова (на снимката), съобщава medicalnews.bg.



На церемонията журито на БХК почете паметта на личности, които вече не са сред нас, но които с делото и каузите си, са оставили следа в обществото. „Ние вярваме, че значимите хора и техните каузи не си отиват с тях. Те продължават да живеят чрез тези, които пазят спомена и продължават делото им“, заяви водещият на журито Надежда Цекулова, директор програма „Кампании и комуникации“ в Българския хелзинкски комитет.

Д-р Наков е номиниран в правозащитните награди за приноса му към възможностите за развитие на младите лекари в България.

Посмъртно отличие от журито на БХК получи един от най-изявените медицински специалисти в областта на педиатрията у нас – д-р Адил Кадъм. Тя бе отличена за неуморната ѝ работа в специализираната детска болница „Проф. Иван Митев“ в София и за застъпничеството ѝ за модерна специализирана детска болница и новаторство в лечението на деца в България. Проф. Кадъм бе отличена в категория „И сам воинът е воин“.

Колективна номинация получиха специалистите, които професионално и активно са се борили срещу дезинформацията относно ваксинапрофилактиката на COVID-19 в условията на здравната криза в България. Това са проф. Радостина Александрова, проф. Радка Аргирова, д-р Христиана Бацелова, д-р Цветелина Великова, проф. Георги Моменов и доц. Емил Славов.

Отличията се връчат на 10 декември, когато се отбелязва Международният ден за правата на човека. Тази година той е под мотото „Всички хора- всички равни“. На тази дата с различни събития се популяризира защитането на човешките права и тяхната защита. Събитието се организира за 14-та подред година.

ЕМА ПРЕПОРЪЧА ОДОБРЕНИЕ НА ТЕРАПИЯ ЗА АВТОИМУНЕН ВАСКУЛИТ



EUROPEAN MEDICINES AGENCY
SCIENCE MEDICINES HEALTH

ЕМА препоръчва издаване на разрешение за употреба в Европейския съюз (ЕС) за Tavneos (авакопан), първо в класа си лекарство за лечение на възрастни пациенти, страдащи от две форми на рядко мултисистемно аутоимунно състояние. Грануломатозата с полиангит и микроскопичният полиангит са форми на аутоимунно състояние, наречено васкулит, свързано с антинеутрофилни цитоплазмени аутоантитела (ANCA), при което имунната система атакува малки до средни кръвоносни съдове в тялото. Tavneos трябва да се използва в комбинация с ритуксимаб или циклофосфамид - две лекарства, използвани за лечение на определени аутоимунни заболявания и някои видове рак.

Свързаният с ANCA васкулит може да се прояви в цялото тяло, но пациентите най-често имат симптоми в дихателните пътища и бъбреците. Препоръката за одобрение на Tavneos ще осигури на пациентите допълнително лечение на тежки, активни форми на заболяване, които имат малко възможности за лечение.

Комитетът на ЕМА за човешки лекарства (CHMP) основава препоръката си за одобрение на данни от клинично изпитване фаза III. Проучването изследва безо-

пасността и ефикасността на Tavneos при общо 331 пациенти, лекувани в продължение на една година. Авакопан се използва като комбинирано лечение с циклофосфамид, последвано от комбинация на авакопан с азатиоприн или микофенолат, или в комбинация с ритуксимаб, последвано от монотерапия с авакопан и с глюкокортикоиди, ако е необходимо. Проучването показва по-висок процент на трайна ремисия след 52 седмици в сравнение с контролната група.

Най-честите нежелани реакции, регистрирани при Tavneos в клинични проучвания, включват инфекция на горните дихателни пътища, възпалени гърло и нос, главоболие, гадене и диария.

Становището, прието от CHMP, е междинна стъпка по пътя на Tavneos към пациентите. Становището предстои да бъде изпратено на Европейската комисия за разрешение за употреба в целия ЕС. След като бъде издадено, становищата относно цената и възстановяването на разходите ще се вземат на ниво всяка държава членка, като се вземе предвид потенциалната роля/употреба на това лекарство в контекста на националната здравна система на съответната страна.

Пресцентър на ЕМА

ЕПИДЕМИОЛОЗИТЕ ПРОГНОЗИРАТ ТЕЖЪК ГРИПЕН СЕЗОН

От пресцентъра на МЗ разпространиха официална информация за грипните щамове и ваксините срещу заболяването през този сезон. От ведомството дават отговор на следните въпроси:

1. Какви грипни щамове ще ни атакуват тази година?

Предполага се, че през сезон 2021/2022 г. ще циркулират грипни вируси, които са подобни на вирусите, влизащи в състава на противогрипните ваксини, препоръчани от СЗО за страни от Северното полукълбо, а именно:

- A/Victoria/2570/2019 (H1N1)pdm09;
- A/Cambodia/e0826360/2020 (H3N2);
- B/Washington/02/2019 (B/Victoria lineage);
- B/Phuket/3073/2013 (B/Yamagata lineage).

Засега не може да се прогнозира кой от тези вируси ще доминира.

2. До каква степен ни защитава противогрипната ваксина?

Ефективността на противогрипните ваксини не е 100%, но те осигуряват защита срещу тежки форми на грип и усложнения, особено при високорисковите лица. Според научни публикации противогрипните ваксини:

- Намаляват с 50-60% амбулаторните прегледи, дължащи се на грип, в общата популация.

- Намаляват с 57% хоспитализациите, дължащи се на грип, при лица над 50 г.

- Намаляват със 74% приема на деца в интензивни отделения.

- Намаляват с 52% и 79% хоспитализациите при лица с хронични белодробни заболявания и с диабет, съответно.

Ефективността на противогрипните ваксини зависи от възрастта и имунния статус на ваксинираното лице, но най-вече от антигенната близост между ваксиналните и ендемичните грипни вируси. Най-висока е ефективността на ваксините спрямо грипни вируси тип В, тъй като те са най-генетично стабилни, а най-ниска е спрямо грипни вируси А (H3N2), които са най-изменчиви. Така че от значение за ефективността на ваксините е кой грипен вирус преобладава през даден епидемичен сезон.

3. Късно ли е, ако сега решим да си поставим ваксина срещу грип?

Препоръчва се ваксината срещу грип да се приложи поне 14-21 дни преди началото на циркулацията на грипни вируси в страната, за да има време да се формира имунитет. Засега не е засечена циркулация на грипни вируси, така че може да се постави противогрипна ваксина. Счита се, че дори по време, когато в страната

циркулират грипни вируси, може да се прилага ваксина, при положение че лицето е здраво и няма остро заболяване.

4. За кои групи от населението е препоръчителна ваксината срещу грип?

Противогрипни ваксини се препоръчват на лица, които са с повишен риск от тежко протичане на грип и развитие на усложнения. Според СЗО ежегодна ваксинация против грип се препоръчва на лица с:

Висок риск от усложнения:

- бременни жени (високо приоритетни);
- деца на възраст от 6 мес. до 5 год.;
- възрастни лица ≥ 65 год.;

- лица на възраст над 6 мес. с хронични заболявания (диабет, хронични сърдечни и белодробни заболявания, вродена или придобита имуносупресия, ХИВ/СПИН и др.);

Повишен риск от заразяване или предаване на инфекцията:

- Медицински персонал.

Според НАРЕДБА № 15 от 12.05.2005 г. за имунизациите в Република България (ДВ, бр. 45 от 31.05.2005 г., Доп. - ДВ, бр. 77 от 2012 г., в сила от 9.10.2012 г.) ежегодна ваксинация против грип се препоръчва на следните групи лица:

Всички лица, навършили 65 год.

Всички възрастни и деца над 6-месечна възраст, страдащи от следните заболявания:

- хронични белодробни заболявания, вкл. астма;

- хронични заболявания на сърдечносъдовата система;

- метаболитни заболявания, особено диабет;

- хронична бъбречна недостатъчност и болни на хемодиализа;

- вродена и придобита имуносупресия, включително медикаментозна; носители на HIV и болни с клинично проявена HIV инфекция;

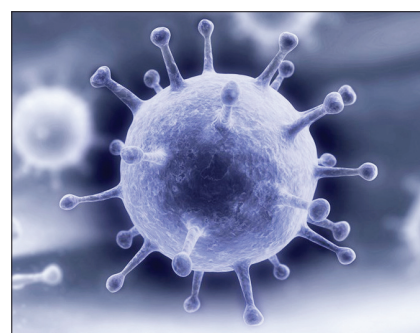
- хемоглобинопатии;

- органна трансплантация.

Лица, живеещи в организирани колективи (домове за медико-социални грижи, военни подразделения, общежития и др.);

Лица с повишен риск от заразяване във връзка с професията им (транспортни работници, служители в армията и полицията, медицински персонал и др.);

Всички, които са в контакт с лица с повишен риск от усложнения (членове на семейството, вкл. деца; персонал на лечебни, здравни



и социални заведения).

5. Какво трябва да кажем на хората, които се колебаят да се ваксинират срещу грип?

По време на пандемията от COVID-19 препоръките за противогрипна ваксинация са с особено значение поради вероятността от заразяване със SARS CoV-2 и грипен вирус, което би довело до утежняване състоянието на пациента. Това е особено важно за лицата с повишен риск от тежко протичане на COVID-19 и на грип (лица на възраст ≥ 65 год., лица с хронични заболявания и с отслабен имунитет). Приоритетни групи за противогрипна ваксинация трябва да бъдат също медицинските работници, както и обитателите и персонала на социални заведения.

6. Кога се очаква грипната вълна тази година?

В България циркулацията на грипни вируси обикновено започва през декември, като епидемията от грип се разгръща през януари-февруари.

7. Можем ли да очакваме по-слаба грипна вълна и тази година?

През изминалия сезон 2020/2021 г. циркулацията на грипните вируси в Европейския съюз беше необичайно слаба, а в България за първа година не бяха доказани грипни вируси. Това се обяснява с прилаганите противоепидемични мерки, които оказват ефект не само върху пандемичния коронавирус, но и върху грипните вируси. Ако и през този сезон се спазват стриктно противоепидемичните мерки, е възможно да няма тежка грипна епидемия, каквато се наблюдава в сезоните преди пандемията. Ранното доказване на грипен вирус А (H3N2) в Европа обаче показва, че настоящият грипен сезон може да бъде по-тежък в сравнение с предходния, особено за старите хора и лицата с отслабен имунитет.

100 ГОДИНИ ОТ КОНЧИНАТА НА Д-Р ТОТА ВЕНКОВА



На 23.XII. отбелязваме 100 години от смъртта на първата дипломирана жена лекар в България д-р Тота Венкова.

Тя завършва медицина в Русия през 1886 г., работи последователно в Русе, В. Търново, Варна и София. През 1893 г. и 1895 г. специализира детски болести съответно в Санкт Петербург и Виена. Основава курсове за подготовка на акушерки към Александровска болница.

През 1901 г. основава частна практика в къщата си в София, която се намира на ъгъла на улиците „Солунска“ и „Христо Белчев“. Там д-р Т. Венкова разкрива и безплатна женска консултация и приютява бедни и изоставени жени, за които се грижи и лекува. Днес на сградата има паметна плоча, плод на сътрудничеството между БЛС, БЧК и инициативен комитет.

Д-р Венкова напуска този свят на 23 декември 1921 г., а Български лекарски съюз помества некролог в „Летописи на Лекарския съюз в България“.

IN MEMORIAM

БЛС ИЗКАЗВА СЪБОЛЕЗНОВАНИЯ НА СЕМЕЙСТВОТО, БЛИЗКИТЕ И КОЛЕГИТЕ НА Д-Р ЗЛАТКА ПОПОВА

Български лекарски съюз изказва своите дълбоки съболезнования на семейството, колегите и близките на д-р Златка Попова, хирург в МБАЛ „Уни Хоспитал“.

65-годишната д-р Попова загуби битката с Covid-19, но с достойнство и отдаденост изпълняваше мисията си да спасява.

Поклон пред всеотдайно изпълнения професионален и морален дълг.

Светлина по пътя!

ПОСЛЕДНИЯ СИ ПЪТ ПОЕ ДОЦ. Д-Р МАРИЯ ДЕМИРОВА, Д.М.Н.

На 12.12. 2021 г. този свят напусна доц. д-р Мария Демирова - прекрасен човек и изключителен специалист пулмолог, деятел на експертната на работоспособността, която над 40 години раздаваше знания и опит на нуждаещите се.

Ще я помним с нейната доброта и съпричастност към здравните проблеми на болни и здрави, към всички, които се обръщаха за помощ и съвет, пишат колегите ѝ от МБАЛ „Св. Иван Рилски“ и федерация „Обществено здраве“.

Поклон пред светлата ѝ памет!



ПРОФ. МИРА КОЖУХАРОВА БЕШЕ ОТЛИЧЕНА СЪС ЗЛАТЕН МЕДАЛ НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО

„Повечето области в страната излизат от тъмночервената зона. Успяхме да пречупим тази вълна, на първо място благодарение на нашите сънародници, които възприеха идеята за зелен сертификат, на нашите лекари, които въпреки трудностите, бяха на местата си и се грижеха за болните, които стигат до тях. Тук искам да използвам случая, за да отлича проф. Мира Кожухарова“. Това съобщи министърът на здравеопазването д-р Стойчо Кацаров на пресконференция, в рамките на която проф. Мира Кожухарова беше отличена със златен медал на МЗ. Здравният министър поздрави своя съветник и ѝ благодари за усърдната работа, проявения висок професионализъм и компетентност.

„Ако някой ни е помогнал най-много със съвети, оценка, анализ и с препоръки как да действаме в тази ситуация, така че хем да не допуснем хора да бъдат оставени без медицинска помощ, хем да не стигаме до локдаун, това е проф. Кожухарова. Ръководството на МЗ взе решение като благодарност за всичко, което тя направи през това време, да я отличим със златен медал на Министерството на здравеопазването“, подчерта той.

„Искам да благодаря на ръководството на МЗ. Понякога ме слушаха, понякога – не, но наистина имах огромен късмет, че работих с този екип“, посочи от своя страна проф. Кожухарова.

Пресцентър на МЗ



ДО 31 ДЕКЕМВРИ ТРЯБВА ДА СЕ ВЪВЕДАТ ПЪЛНИТЕ И АКТУАЛНИ ДАННИ НА ЧЛЕНОВЕТЕ НА БЛС В РЕГИСТЪРА НА БЛС

ДО ДИРЕКТОРИТЕ НА ЛЕЧЕБНИТЕ ЗАВЕДЕНИЯ

Уважаеми колеги,

Във връзка с оптимизацията на Националния регистър на Съсловната организация, въвеждането на контроли за достъп и цялостното повишаване на неговата сигурност, както и предстоящото издаване на удостоверения за членство в Български лекарски съюз през новата 2022 година, Ви уведомяваме:

Изискванията за сигурност и контролите за достъп, заложили в новата платформа на Националния регистър, позволяват издаване на удостоверения само при пълни и актуални данни на съответния лекар.

Затова: до 31 декември е наложително да въведете актуализираните данни на Вас и/или тези на работещите при Вас лекари чрез следните стъпки:

1. Акуратно попълване на всички данни в Excel таблица (на www.blsbg.com), която съдържа необходимите атрибути за създаване на пълноценен профил на отделния лекар.

2. Прикачване на същата таблица в защитения сървър (sharepoint) на БЛС на следния линк:

https://blsbg-my.sharepoint.com/:f/p/bulgarianmedicalassociation/EiljPPis3ZMqT_Wa2ZaRHq8BS22R8VB4kVOoVh4a0dwYg

3. След получаване на попълнената таблица, администратор от БЛС ще попълни профили на лекарите с актуалните данни, като всеки лекар ще получи известие на електронния си адрес за верификация на профила и неговата активация.

С уважение,
Д-р Иван Маджаров
Президент на БЛС/



ВАЖНО!
ДО ЧЛЕНОВЕТЕ НА БЛС

Д-Р ИВАН МАДЖАРОВ: ВМА ДОКАЗА, ЧЕ Е ЕТАЛОН ЗА ОРГАНИЗАЦИЯ, СМЕЛОСТ И УВАЖЕНИЕ

1 декември 2021 г./ Военномедицинска академия отбеляза 130-ата годишнина от създаването си. Заради пандемичната обстановка, честването на празника бе символично с полагане на венци и цветя пред паметника на загиналите медицински чинове.

Това е изключително задължаваща годишнина на една от най-авторитетните институции в България. През всичките тези години ние сме се стремили с чест да изпълняваме повелите на нашите предшественици, които ни заклеха да бъдем еталон във всяко едно отношение, заявя началникът на ВМА генерал-майор проф. д-р Венцислав Мутафчийски, д.м.н., FACS. Той подчерта, че въпреки усложнената обстановка заради пандемията, централната болница в София е изцяло реновирана, извършени са стратегически промени и преоборудване и в част от периферните военни болници.

И през последната година и половина ВМА доказа, че е еталон за организация, смелост, за добра медицинска практика и за уважение – от

и към пациентите. Вие трябва да сте горди, защото съм сигурен, че в умовете и сърцата на всички българи ВМА в повечето случаи е последната надежда, когато имаме проблем. ВМА е била такава от създаването си и вярвам, че ще продължи да бъде такава и напред, заяви д-р Иван Маджаров, председател на УС на БЛС.

Десетки служители на ВМА бяха отличени за висок професионализъм при изпълнението на своята мисия в спасяването на човешки животи. Д-р Иван Маджаров връчи отличия на доц. д-р Милена Ёнчева, д.м.н., д-р Севда Милева-Михайлова, д-р Станмир Добрев и д-р Анелия Богданова.

Признателност за ежедневните усилия на медиците изказаха заместник-министърът на отбраната Пламен Йорданов, началникът на отбраната адмирал Емил Ефтимов, проф. Красимир Гигов – генерален директор на БЧК, директора на столичната РЗИ д-р Данчо Пенчев и д-р Тома Томов, заместник-министър на здравеопазването.



СЪБОРЪТ НА БЛС ДАДЕ МАНДАТ ЗА ПРЕГОВОРИ ПО КОНКРЕТНИ ПАРАМЕТРИ ЗА АНЕКС КЪМ НРД 2020-2022

10 декември 2021 г.

С 271 гласа „за“, 3 „против“ и 4 „въздържал се“ делегатите на 73-тия извънреден Събор на Българския лекарски съюз дадоха мандат на ръководството за преговори по конкретни параметри и подписване/неподписване за Анекс към Националния рамков договор за 2020-2022г.

Председателят на БЛС д-р Иван Маджаров благодари на делегатите и заяви, че за първи път се случва Съборът да даде мандат и рамка на представителите на БЛС за подписване на НРД при непреминали преговори. „Сега ще имаме една рамка, при която ще преговаряме. Имаме вече информация какво планира държавата да отдели като финанси и остава да убедим партньорите си, че имаме един и същи поглед върху нещата и гледаме в една и съща посока“, каза пред делегатите д-р Маджаров.

Предложението на БЛС за цените на дейностите следва философията на приоритетна подкрепа на извънболничната помощ, в болничната помощ ръст на цените на база по-добро медицинско обслужване, а не на по-голям брой прием на пациенти, превес на увеличение на цените на клиничните процедури, включително интензивни и амбулаторни процедури – еднократни манипулации без престой.

При изготвяне на предложението за цени в



болничната помощ е използван метод за определяне на „справедлива цена“ за КП – с коефициент изчислен на база Британската система на определяне на цена на клиничните пътеки.

73-тият извънреден Събор на Български лекарски съюз прие още отчет за финансовото изпълнение на бюджета до 30.11.2021 г., както и проектобюджет за 2022 г. Делегатите гласуваха с електронни устройства, което се случва за пореден път на Събор на БЛС.

ИЗМЕНЯТ СЕ УТВЪРДЕНИТЕ МАКСИМАЛНИ РАЗМЕРИ НА РАЗХОДИ ПО БЮДЖЕТА НА МИНИСТЕРСТВОТО НА ЗДРАВЕОПАЗВАНЕТО ЗА 2021 Г.

Правителството прие Постановление за извършване на промени на утвърдените със Закона за държавния бюджет на Република България за 2021 г. максимални размери на разходи по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2021 г.

По този начин на ведомството ще се даде възможност да поеме финансов ангажимент за сключване на договори за осигуряване на лекарствени продукти за лечение на COVID-19 Molnupiravir, Regdanvinab и Anakinra.

Molnupiravir е противовирусно лекарство, предназначено за нехоспитализирани възрастни пациенти с лек до умерен COVID-19 и поне

един рисков фактор, свързан с прогресия до тежък COVID-19. Лекарственият продукт е за перорална терапия за амбулаторна употреба и ще се предлага в опаковка за петдневен курс на лечение.

Моноклоналното антитяло Regkirona е за лечение на умерена форма на COVID-19, с прогноза за тежко развитие на заболяването и/или хоспитализация. Клиничните данни демонстрират доказано трикратно намаляване на хоспитализациите след приложение на лекарството.

Лекарственият продукт Anakinra е подходящ за пациенти с индуциране от COVID-19 пневмония, с риск от прогресиране до тежка



дихателна недостатъчност. Той се прилага чрез подкожна инжекция.

С приемането на постановление ще бъде осигурен достъпът на българските граждани до лекарствени продукти за лечение на COVID-19.

Пресцентър на МЗ

Одобрени са допълнителни разходи и трансфери по бюджета на Министерството на здравеопазването



Министерският съвет прие Постановление за одобряване на допълнителни разходи и трансфери по бюджета на Министерството на здравеопазването за 2021 г. в размер на 61 011 200 лв.

Приемането на проекта на Постановление се налага поради предстоящото удължаване на срока на извънредната епидемична обстановка до 31.03.2022 г. и необходимостта да се осигури устойчивост на мярката за предоставяне на допълнителни възнаграждения на медицинския и немедицинския персонал, пряко зает с изпълнение на дейностите, свързани с мерките за превенция и борба с COVID-19.

Осигуряването на ежемесечно допълнително възнаграждение за медиците на първа линия в размер на 1 000 лв. нетно е ефективна и устойчива мярка за справяне със ситуацията с разпространението на COVID-19 и съществен фактор за мотивация на медицинските кадри.

Пресцентър на МЗ

ОБЯВА

Лаборатория по трансфузионна хематология към УМБАЛСМ „Н. И. Пирогов“ търси да назначи:

ЛЕКАР

Изисквания за заемане на длъжността:

1. Висше медицинско образование - магистър по медицина
2. Владее чужд език;
3. Компютърна грамотност;
4. Умение за работа в екип и самодисциплина;
5. С предимство ще се разглеждат кандидатури със специалност "Трансфузионна хематология";

Длъжностни задължения:

1. Участва пряко и активно в диагностиката, консултативната дейност и лечебния процес в областта на трансфузионната медицина, в трансфузионния надзор на болницата, както и в снабдяването на болните с кръв, кръвни съставки, кръвни продукти, под ръководството на лекар със специалност по трансфузионна хематология;
2. Ежедневно да контролира реактивите, използвани за работа в лабораторията по имунохематология;
3. Отчита и интерпретира резултатите от всички проби, влизащи в списъка на предлаганите медицински дейности на лабораторията по имунохематология;
4. Консултира и контролира провеждането на трансфузионна терапия при пациенти с остро и/или масивно кървене и анемия (под ръководството на лекар със специалност по трансфузионна хематология);
5. Организира и контролира начина на съхраняване на кръвта и кръвните съставки;
6. Организира и регулира постоянно обмяната на седепото от кръв и кръвни съставки;
7. Контролира системното проследяване на болни с масивни и многократни кръвопреливания за наличие на антиеритроцитни и антилевкоцитни антитела и др.

Необходими документи:

1. Професионално CV на български език;
2. Диплома за завършено образование.

Предоставените данни са лични и попадат под специална защита по смисъла на ЗЗЛД. Желателно е кандидатстват за длъжността трябва да изпратят автобиографията си на e-mail адрес Jobs@pirogov.bg или на гр. София, бул. „Тотлебен“ № 21, Отдел „Човешки ресурси“.

Телефон: 02/ 91 54 220; 02/ 91 54 229

Благодарим Ви, че отделихте време да разгледате нашата обява. Първоначалният подбор ще се извърши по документи, след което ще се свържем с одобрените кандидати.

Гарантираме пълна конфиденциалност на Вашата кандидатура.

Предоставените лични данни попадат под специална закрила по смисъла на ЗЗЛ.

ЛЮБОВТА КЪМ ПРОФЕСИЯТА КАТО ДВИЖЕЩА СИЛА

Младият д-р Иван Митев за мисията на лекаря да помага

Всеки, който е говорил повече от 5 минути с д-р Иван Митев, може сам да се убеди, че той е от лекарите, които наистина горят в работата си. Вече две години младият медик специализира анестезиология в ОАИЛ - МБАЛ Хасково и е категоричен – това е неговото призвание. На същото мнение са и колегите му от болницата, които оценяват неговата работа и усилия, номинирайки го в категорията „Ти си нашето бъдеще“ на наградите по случай събитието на БЛС – „Лекар на годината“.

Изборът да станеш лекар

Да стане лекар за д-р Иван Митев е било ясна и категорична цел. Идеята да работи в бяла престилка се заражда още в гимназията, за което основен принос има учителката му по биология.

„Винаги са ми били интересни биологията и анатомията. На етапа, в който избирах своята професия, много неща не ми бяха ясни, но ми допаднаше мисълта да мога да помагам на хората. Това според мен е нещо чудесно“, заявява лекарят.

Анестезиологията не е първото му желание за специалност, но към днешна дата е категоричен, че именно тя е най-подходяща за него и не би я заменил с никоя друга.

„Харесва ми, че работата е изключително динамична. Сравнително бързо можеш да видиш резултатите от нея. Да видиш как състоянието на тежко болни пациенти, които са имали минимални шансове за живот, се подобрява, е изключително удовлетворение за всеки лекар. От друга страна, в отделението попаднах на страхотен екип от изключителни професионалисти“, казва д-р Митев.

За две години в интензивното отделение на хасковската болница лекарят е върнал вярата си в чудесата благодарение на пациентите, които успяват да се преборят за своя живот, въпреки на пръв поглед безнадеждното състояние, в което са попаднали.

„Наскоро лекувахме възрастна пациентка в много тежко състояние. Грижихме се за нея близо 2 месеца, като нещата винаги бяха на ръба, а шансовете ѝ бяха минимални. С много усилия обаче жената лека-полека се възстанови. Сега тя е щастлива, че е отново у дома при близките си. Наскоро дори дойде в болницата, за да ни изкаже своята благодарност“, разказва



лекарят.

Спомня си и пациентите, с които е посрещнал някои от най-светлите празници. Заедно с тях си е пожелавал положителен развой на събитията, като впоследствие молитвите им биват чути.

Не липсват обаче и разочарования, които се преглъщат трудно. Понякога за лекаря изглежда невъзможно да се отърси от тях, но знае, че трябва да продължи заради всеки следващ пациент, за който все още има надежда.

„Преглъщаш и продължаваш да се бориш за всички останали, защото, за съжаление, пациентите прииждат един след друг. Няма адекватен начин, по който да се справиш с разочарованията и болката. Просто се опитваш да помогнеш на следващия пациент“.

Пандемията – изпитания и възможности

Началото на кариерата на д-р Митев до голяма степен започва с т.нар. „ново нормално“. Предизвикателства, с които се сблъсква от тогава насам, се оказват безценни уроци.

„Беше ми любопитно как се развива болестта – какви усложнения могат да настъпят и как мога да лекувам пациентите с нея. Пандемията е огромно предизвикателство за един млад лекар, но и безценен опит“, признава младият медик.

За съжаление, тежките моменти преобладават, защото именно до отделението, където д-р Митев работи, достигат пациенти в крайна фаза на своето заболяване – с много тежка дихателна недостатъчност и усложнения.

„Най-неприятен е моментът, в който има значително подобрение в състоянието на даден пациент и впоследствие настъпи рязко влошаване и, за съжаление, летален изход – най-често заради тромбоемболии. Това е наистина смазващо усещане за един лекар – всички вложени усилия и надежди се сгромолясват. Много е потискащо“, споделя д-р Митев.

Леглата в реанимацията на болницата в Хасково са запълнени основно от пациенти с Ковид. Почти всички са неваксинирани.

„До момента само двама пациенти сме имали, които да са ваксинирани и да са стигнали до нас. Питаме всички останали, защото ни е интересно – каква е причината да не се ваксинират. Рядко чуваме ясни обяснения. След сблъска със заболяването, повече от тях съжеляват, че не са се имунизирани навреме“,

пояснява докторът.

Затова той апелира – всеки, който все още се колебае дали да се ваксинира, да не чака повече.

Младите лекари – нашето бъдеще

Да си млад лекар в България си има своите особености. Да се бориш с трудностите, свързани със самата професия, е едно. Съвсем отделен е сблъсъкът с проблемите в самия сектор. Все пак д-р Митев е категоричен – ако един млад специалист е достатъчно мотивиран, пред него могат да се открият добри възможности за реализация.

Тези пред самия него не са малко, тъй като именно в анестезиологията има огромен недостиг на кадри.

„По принцип моята специалност е свързана с доста напрежение, доста кризисни моменти. Трябва да се реагира бързо и адекватно, защото спешността е ключова, което води до голям стрес и напрежение – това трудно се понася. Да не говорим, че работата в интензивно отделение, за съжаление, предполага по-чести срещи със смъртта“, пояснява докторът.

По думите му, на специалистите се поставят изключително отговорни задачи, именно заради липсата на кадри, което принуждава лекарите да се научат да бъдат самостоятелни.

„Хубавото е, че винаги мога да разчитам на моите колеги в момента, в който имам някакво съмнение или въпрос. Колегиалността и подкрепата са безпрецедентни“, казва лекарят.

Именно колегите му са тези, които виждат неговия потенциал, номинирайки го за добрите му морални и професионални качества, които е демонстрирал до момента в работата си, в категорията на наградите на БЛС, а именно „Ти си нашето бъдеще“.

„Тази награда е една огромна мотивация, но и отговорност

заради гласуваното доверие, което трябва да оправдая като продължавам да се развивам и да се старая да бъда още по-добър в работата си“, заявява награденият лекар.

Камъкът, който си тежи на мястото

Работата в чужбина никога не е била цел на д-р Митев. Той е категоричен, че камъкът си тежи на мястото и затова избира да се развива у нас. Би искал да придобие допълнителен опит след квалификация зад граница, но не и да остане да работи там. По думите му, липсата на кадри у нас е истински сериозен проблем, на който трябва да се обърне съответното внимание. Не липсват обаче и други такива.

„Проблемите в системата са доста комплексни, от една страна има много бюрокрация и административни процедури, с които, за съжаление, се налага да се сблъскваме. И в такива ситуации пак опираме до проблема с липсата на кадри. Съвсем друг е въпросът с ниската здравна култура при голяма част от българите“, допълва медикът.

Любовта към професията – основна движеща сила

Любовта към професията е това, което води д-р Митев през трудностите. Полагайки Хипократова клетва, той е обещал и пред себе си да не спира да се бори за по-добро качество на живот на пациентите си. За него няма по-ценно възнаграждение от вече здравия пациент. Тогава всичките часове извънреден труд нямат особено значение.

„Няма по-ценно от това да дадеш втори шанс за живот на някого. Трябва да направиш всичко по силите си, за да помогнеш на един човек да се възстанови. А най-прекрасният момент е да видиш пациент, който до вчера се е борил за живота си, да се върне обратно при близките и семейството си и отново да се наслаждава на времето, прекарано с тях“, казва д-р Митев.

До себе си лекарят има жена, която добре разбира неговата мотивация, защото също е медик. Заедно се подкрепят и вярват, че въпреки по-малкото споделяно време, това, което правят, има значение.

Материала подготви Милена Енчева



УНИКАЛЕН ЗА СТРАНАТА НИ АПАРАТ ДАВА НОВИ ВЪЗМОЖНОСТИ ЗА ДИАГНОСТИКА НА РАК НА МЛЕЧНАТА ЖЛЕЗА

По темата разговаряме с проф. д-р Добромир Димитров, д.м., който получи награда за проекта си „Вакуум асистирана биопсия – иновативен подход за диагностика на заболявания на млечната жлеза“

Проф. Д. Димитров се дипломира в МУ-Плевен през 2004 г. През 2010 г. придобива специалност по Обща хирургия, а година по-късно става Доктор по научна специалност „Обща хирургия“. Има магистърска степен по „Обществено здраве и здравен мениджмънт“. През 2015 г. става доцент, а през 2020 г. – професор. Зам.-декан на МУ-Плевен в периода юни, 2016 г. – май, 2021 г., когато е избран за Ректор на същия университет. Специализирал е в България, Германия, Турция, Китай, Франция и др. Автор и съавтор на над 150 научни публикации

и съобщения, участник в множество научни проекти. Членува в различни научни организации у нас и в чужбина.

Научните му интереси са в областта на онкологията – съвременни диагностични методи и лечение при рак на млечната жлеза, рак на правото черво, рак на панкреаса; лечение на доброкачествени и злокачествени тумори чрез високоинтензивен фокусиран ултразвук HIFU; минималноинвазивна хирургия; роботизирана хирургия; трансанална минималноинвазивна хирургия.

Какви са възможностите и сферата на употреба на единствения за страната ни апарат за вакуум асистирана биопсия при заболявания на млечната жлеза, четете в интервюто, което ректорът на МУ-Плевен проф. д-р Добромир Димитров даде специално за читателите на в-к „Quo vadis“.



- Проф. Димитров, Вашият проект „Вакуум асистирана биопсия – иновативен подход за диагностика на заболявания на млечната жлеза“ наскоро бе отличен с награда. Разкажете ни повече за този метод.

- Това е изключително съвременно технологично решение в медицината, приложимо в ситуации, когато са открити чрез образни методи много малки предполагаеми бучки за рак на гърдата. Т.е. те не се напипват, а са видими на мамографски образи или на ехография. Посредством този апарат – едно наистина иновативно достижение на съвременните технологии, първи и единствен засега у нас, имаме възможност, от една страна, да биопсираме, а от друга, в определени случаи, да отстраним цялата бучка посредством този вакуум. Насочването на апарата, въвеждането на самата игла в гърдата може да стане както под рентгенографски контрол, така и под ехографски. Изключително полезното в случая е, че в момента, когато една тъкан бива изсмукана чрез вакуума от гърдата, ние виждаме R0 изображение, генерирано в самия апарат. Т.е. в този момент вече сме наясно дали лезията, която е забелязана на мамографията, започ-

ва да се изсмуква. С други думи имаме директна обратна връзка в реално време дали всичко е наред с биопсирания зона. Имаме възможност да направим от 1 до 24 биопсии на гърдата и по този начин, в определени ситуации, можем да достигнем до диагноза, а в други – до излекуване. Ако се докаже онкологично заболяване, със следваща процедура – инвазивна операция, пациентката може да бъде излекувана радикално. Следва да внеса уточнението, че говорим за I стадий на заболяването, т.е. в неговото начално развитие.

- Само в УМБАЛ „Георги Странски“ страната ни разполага с този апарат, доколкото знам?

- Да, това е първият такъв апарат в България. Той се намира на територията на Онкологичен център към УМБАЛ „Д-р Георги Странски“-Плевен. Беше закупен чрез европейско финансиране, спечелено от МУ-Плевен по Оперативна програма „Образование и наука за интелигентен растеж“ и ние изграждаме Център за компетентности в областта на телемедицината, 3D медицината, персонализираната медицина, роботизирана и минималноинвазивна хирургия.

- Имате ли груба представа за броя пациентки, преминали за



диагностика или лечение с апарата?

- Апаратът е в експлоатация в болницата от около година – дойде малко преди началото на пандемията. Направихме тогава 3 биопсии и се наложи да спрем за известно време, заради пандемичната обстановка. След това дейността беше възстановена. До момента над 20 пациентки са лекувани или диагностицирани с този апарат. Държа да подчертая, че този апарат е направен за страните, които имат скринингови програми, респ. ранна диагностика на рака на млечната жлеза. Там той е особено ценен. Ние нямаме протокол и скринингова програма и сега, особено в тези условия на пандемия, профилактиката сериозно пострада. Много по-малко профилактични мамографски или ехомамографски изследвания се правят и това е причината за по-малкия брой открити случаи на заболяване.

- Има ли други предимства апаратът, освен тези, които вече споменахте, най-вече в сравнение с класическия подход за биопсиране?

- Да, има, и то сериозни. Съвсем

стегнато ще ги обобща. По-рано за една малка лезия, в рамките на няколко милиметра, видима на образните изследвания, ние трябваше да поставим предоперативно една малка кукичка, която да маркира зоната, след което под обща упойка да въведем пациента в операционна зала и да направим разрез между 3 и 5-6 см. Докато с този апарат използваме локална упойка, разрезът е 2-4 мм, а пациентката може да се прибере вкъщи непосредствено след интервенцията. Това вече е амбулаторна процедура. Така че предимствата за пациента са доста – спестява се общата упойка, спестява се големият разрез, респ. рискът за кървене и инфекция при него са сведени до абсолютния минимум.

- Преминават ли лекарите, които боравят с тази апаратура, през специализирано обучение за работа с нея?

- Да, това е задължително. Нашият екип стартира първата част на обучението за работа с апарата през февруари 2020 г., последвано от онлайн обучение заради Ковид мерките. Използвахме предмети, които биопсиряхме под мамографски кон-

трол. Ментори от Гърция ни помагаша за осъществяването на тези тренировъчни процеси.

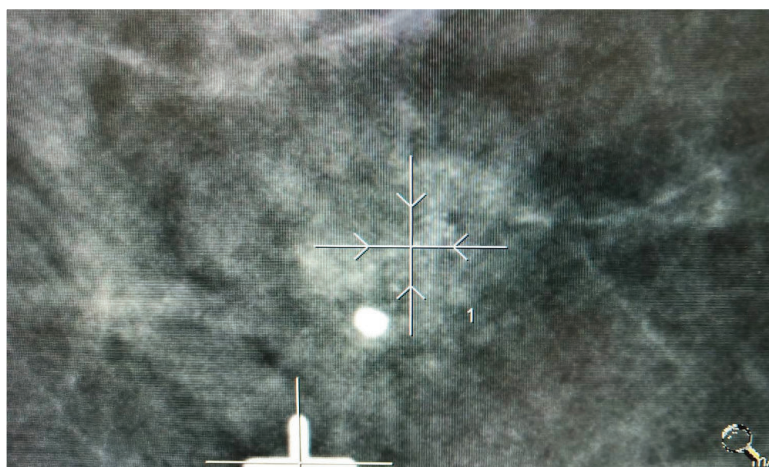
- Заговорихме за профилактиката и недоброто ѝ позициониране у нас. Какво не достига, проф. Димитров, за ранната диагностика, респ. успешното лечение на рака на млечната жлеза?

- Вече споменах – ние нямаме Национална скринингова програма, за съжаление. България си остава единствената страна в ЕС, която няма такава програма и аз се надявам тя да стане приоритет, да се изготви в близките месеци и да се пусне в действие, защото към момента около 4000 жени годишно се диагностицират с рак на гърдата в България. Ние доста по-често срещаме 2-ри, 3-ти, 4-ти стадий в момента на диагнозата. Именно заради липсата ни на скринингова програма, ние почти не срещаме в нашата клинична практика I-ви стадий на заболяването. Системата у нас е оставила всичко на отговорността и здравната култура на българската пациентка – тя да се проследява, тя да си прави контролни и профилактични прегледи. А не е редно да е така. Една скринингова програма ще повиши в значителна степен ранната диагностика и ще даде по-голяма възможност за радикално излекуване на пациентите.

- Тъй като апаратът е единствен за България, Вашите пациентки предимно от региона на Плевен ли са или от цялата страна?

- Пациентките са от града и регионите около него засега – Ловеч, Велико Търново и т.н., но разполагаме с достатъчен ресурс да увеличим броя в случай на необходимост. Процедурата е напълно безплатна за пациентките.

Интервю на Георги Радев



ОТВЪД OMICRON: КАКВО СЛЕДВА ВЪВ ВИРУСНАТА ЕВОЛЮЦИЯ НА COVID

Бързото разпространение на нови варианти може да ни помогне да разберем как SARS-CoV-2 се адаптира и как ще се развие пандемията през следващите няколко месеца

Бързото разпространение на нови варианти може да ни помогне да разберем как SARS-CoV-2 се адаптира и как ще се развие пандемията през следващите няколко месеца

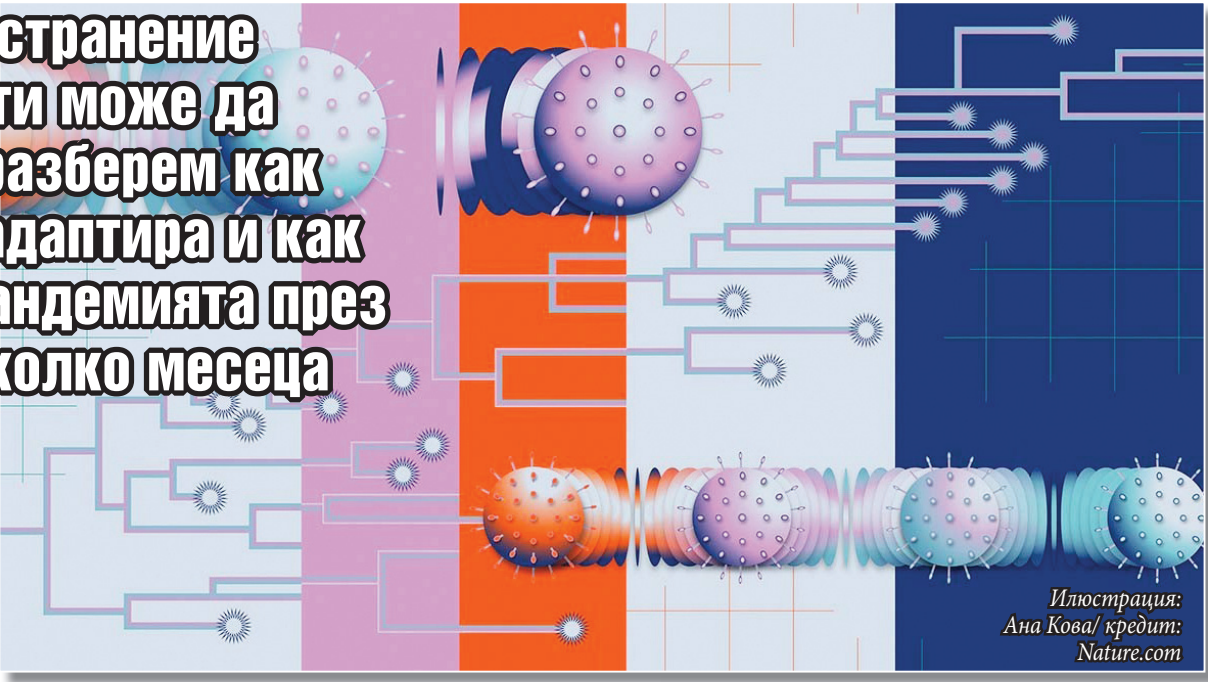
В началото на пандемията през 2020 г., еволюционният биолог Джеси Блум прави първи опити да прогнозира бъдещето на SARS-CoV-2. Подобно на много вирусолози, той смята, че новият патоген няма да бъде унищожен. По-скоро би станал ендемичен – петият коронавирус, който трайно се установява сред хората, заедно с четири „сезонни“ коронавируса, които причиняват относително леки настинки и циркулират сред човешката популация от десетилетия и дори повече.

Блум, който работи в Центъра за изследване на рака в Сياتъл, Вашингтон, отбелязва, че тези сезонни коронавируси потенциално могат да ни предоставят „пътна карта“ за това как ще се развие SARS-CoV-2 и какво е бъдещето на пандемията. За съжаление, има твърде малко данни как и защо тези вируси продължават да процъфтяват. Един от най-добре проучените примери – сезонен коронавирус, наречен 229E – заразява хората многократно през целия им живот. Но не е ясно дали тези повторни инфекции са резултат от „избледняване“ на имунните реакции у човека или промени в самия вирус спомогат да се избегне създаденият вече имунитет. За да се опита да разбере това, Блум се добива с кръвни проби, взети преди десетилетия от хора, зарази с 229E, и ги тества за антитела срещу различни версии на вируса от 80-те години на миналия век.

Резултатите са поразителни. Кръвните проби съдържат високи нива на антитела, блокиращи инфекцията при варианти от 1984 г. на 229E, но имат много по-малък капацитет да неутрализират версия на вируса от 90-те години на миналия век. Те са още по-малко ефективни срещу вариантите на 229E от 2000 г. и 2010 г. Същото важи и за кръвните проби от 90-те години на миналия век: хората имат имунитет към предходни вируси, но не и към последващи, което предполага, че вирусът се развива така, че да избегне имунитета.

„Сега, когато имаме почти две години зад гърба си и можем да видим как се развива SARS-CoV-2, мисля, че има ясни паралели с 229E“, казва Блум. Варианти като Omicron и Delta носят мутации, които притъпяват ефикасността на антителата, създадени срещу предишни версии на SARS-CoV-2. И силите, задвижващи тази „антигенна промяна“, вероятно ще станат по-силни, тъй като по-голямата част от планетата придобива имунитет срещу вируса чрез инфекция, ваксинация или и двете. Изследователите се надиграват да характеризират силно мутиралия вариант Omicron. Но бързото му разпространение в Южна Африка предполага, че вече е намерил начин да избегне човешкия имунитет.

Как SARS-CoV-2 ще се развива през следващите няколко месеца и години ще определи това как изглежда краят на тази глобална криза – дали вирусът ще се превърне в друга обикновена настинка или в нещо по-запалително като грип или по-лошо. Глобалната кампания за ваксинация, която достави



близо 8 млрд. дози, измества еволюционния пейзаж и не е ясно как вирусът ще се справи и това предизвикателство. Междувременно, тъй като някои държави премахват ограниченията за контрол на разпространението на вируса, възможностите SARS-CoV-2 да направи значителни еволюционни скокове се увеличават.

Учените търсят начини да предскажат следващите ходове на вируса, търсейки сходства с други патогени. Те проследяват ефекта от мутациите във възникналите досега варианти, като са нащрек за нови. Те очакват SARS-CoV-2 в крайна сметка да се развие по-предвидимо и да стане като другите респираторни вируси – но кога ще настъпи тази промяна и на коя инфекция може да прилича все още не е ясно.

ПЪРВИ ПРОМЕНИ

Учените, проследяващи еволюцията на SARS-CoV-2, търсят две широки категории промени във вируса. Едната го прави по-инфекциозен или преносим, например чрез по-бързо възпроизвеждане, така че да се разпространява по-лесно чрез кашлица, кихане и хрипове. Другата му позволява да преодолее имунния отговор на гостоприемника. Когато вирусът за първи път започне да се разпространява в нов гостоприемник, липсата на съществуващ имунитет му дава известно предимство.

„Напълно очаквах, че този нов коронавирус ще се адаптира към хората по смислен начин – и това вероятно ще означава повишена преносимост“, казва Уенди Баркли, вирусолог в Imperial College London.

Геномното секвениране в началото на пандемията показа, че вирусът се диверсифицира и получава около две еднотуквени мутации на месец. Този скорост на промяна е на половината от тази на грипа и една четвърт от тази на ХИВ, благодарение на ензима, копиращ грешките, който коронавируса притежава, което е рядкост сред другите РНК вируси. Но изглежда, че малко от тези ранни промени имат ефект върху поведението на SARS-CoV-2 или показват признаци на предпоставяне при естествения подбор.

Ранна мутация, наречена D614G, в гена, кодиращ шиповия протеин на вируса – протеинът, отговорен за разпознаването и проникването в клетките гостоприемници – изглежда спомогна за леко повишаване на трансмисибилността. Но това е малко предимство в предаваността, която по-късно изследователите ще наблюдават с вариантите Delta и Alpha, казва Сара Ото, еволюционен биолог от Университета на Британска Колумбия във Ванкувър, Канада.

НОВИ ВИСОТИ

В края на 2020 г. и началото на 2021 г.

имаше признаци, че SARS-CoV-2 е достигнал своя пик. Изследователи от Обединеното кралство обаче засичат вариант, наречен B.1.1.7, който съдържа множество мутации в шипчестия протеин. „Беше малко необичайно, защото изглеждаше, че идва от нищото“, казва Франсоа Балю, изчислителен биолог от University College London.

Този вариант (Alpha) – се разпространява поне с 50% по-бързо от по-рано циркулиращите линии. Специалистите по общественото здраве на Обединеното кралство свързват този вариант с необичайния ръст на случаите в Юго-източна Англия по време на локдауна през ноември 2020 г. Приблизително по същото време изследователи в Южна Африка изолират друг вариант, натоварен с мутации, наречен B.1.351 – сега известен като Beta. Не след дълго, вариант с висока степен на предаване, сега наречен Gamma, е изолиран в Бразилия.

Тези три „варианта на безпокойство“ споделят някои общи мутации, особено в ключови области на спайковия протеин, участващи в разпознаването на ACE2 рецепторите на клетката гостоприемник, които вирусът използва за навлизане в клетките. Те също така имат мутации, подобни или идентични с тези, забелязани при заразените със SARS-CoV-2 хора с компрометирана имунна система, чиято инфекция е продължила с месеци. Това кара изследователите да предполагат, че дълго продължилите инфекции могат да позволят на вируса да изследва различни комбинации от мутации, за да намери такива, които са успешни. Типичните инфекции, продължаващи дни, предлагат по-малко възможности. Т.нар. superspreading events, при които се заразяват голям брой хора, могат също да обяснят защо някои варианти процъфтяват, а други са изчезнали.

Независимо от произхода им, и трите варианта изглеждат по-инфекциозни от щамовете, на чийто място идват. Но Beta и Gamma също съдържат мутации, които притъпяват ефикасността на блокиращите инфекцията неутрализиращи антитела, формиращи при прекарана инфекция или ваксинация. Това повдига възможността вирусът да започне да се държи по начините, предвидени в проучванията на Блум за 229E.

Трите варианта се разпространяват по целия свят, особено Alpha, което предизвиква нови вълни на COVID-19, който започва да доминира в Европа, Северна Америка, Близкия изток и т.н. Много изследователи предвиждат, че „потомък“ на Alpha – който изглежда е най-заразният от групата – ще мутира допълнително в подобие на тези, които избягват имунните отговори, за да го направят не по-успешен. „Това абсолютно не е така“, казва Пол Биениас, вирусолог от университета Рокфелер в

Ню Йорк. „Делта се появи много изненадващо.“

ДИЛЕМАТА ДЕЛТА

Вариантът Delta е идентифициран в индийския щат Махаращра по време на голяма вълна от COVID-19, която удри страната през пролетта на 2021 г., и изследователите все още правят анализ на последствията от нея. След като пристига в Обединеното кралство, вариантът се разпространява бързо и епидемиолозите установяват, че е с около 60% по-преносим от Alpha, което го прави няколко пъти по-инфекциозен от първите циркулиращи щамове на SARS-CoV-2. „Делта е нещо като супер-алфа“, казва Баркли. „Мисля, че вирусът все още търси решения, за да се адаптира към човешкия гостоприемник.“

Проучвания от лабораторията на Баркли, наред с някои други, предполагат, че Delta е постигнал значителен напредък, като е подобрил способността си да заразява човешките клетки и да се разпространява между хората. В сравнение с други варианти, включително Alpha, Delta се размножава по-бързо и до по-високи нива в дихателните пътища на заразените индивиди, потенциално изпреварвайки първоначалните имунни отговори срещу вируса.

Въпреки това изследователите очакват тези негови предимства да стават все по-неясни. Учените измерват способността на вируса да се разпространява в имунологично „дествена“ популация (т.е. неваксинирана и не срещала вируса по-рано) с число, наречено R0, което е средният брой хора, които един инфектиран заразява. От началото на пандемията тази цифра е скочила цели три пъти. „Очаквам на някакъв етап повишаването на трансмисибилността на вируса да спре“, казва Блум. „Няма как да стане безкрайно предаван.“ R0 на Delta е по-висок от сезонните корона-вируси и грип, но все още е по-нисък от този на полиомиелит или морбили.

Други човешки вируси не правят такива скокове в инфекциозността, както SARS-CoV-2 през последните две години, а Блум и други учени очакват вирусът в крайна сметка да се „държи“ по същия начин. Тревър Бедфорд, еволюционен биолог от Фред Хъчинсън, казва, че вирусът трябва да балансира между способността си да се възпроизвежда до високи нива в дихателните пътища на хората и необходимостта да поддържа гостоприемника достатъчно здрав, за да може да продължи разпространението на самия вирус. „Вирусът не иска да изпрати някого в леглото и да го разболее достатъчно, че да не се среща с други хора“, казва той. Един от начините вирусът да постигне този баланс би бил да се развива до по-ни-

ски пива в дихателните пътища на хората, но да поддържа инфекцията за по-дълъг период от време, увеличавайки броя на новозаразените, казва Рамбаут.

Ако вирусът се развие по този начин, той може да стане по-малко опасен, но този резултат далеч не е сигурен. „Има предположение, че нещо, което е по-преносимо, става по-малко вирусно. Не мисля обаче, че това е позицията, която трябва да възприемем“, казва Балю. Вариантите, включително Alpha, Beta и Delta, са свързани с повишени нива на хоспитализация и смърт – вероятно защото нарастват до високи нива в дихателните пътища на хората. Твърдението, че вирусите еволюират, за да станат по-малко опасни, „е малко мит“, казва Рамбаут. „Реалността е много по-сложна.“

ВЪЗХОДЪТ НА OMICRON

Delta и неговите потомци сега представляват огромното мнозинство от случаите на COVID-19 в световен мащаб. Повечето изследователи очакваха Delta в крайна сметка да е последният вариант, но Omicron подкопа тези прогнози. „Много от нас очаквах следващият странен вариант да бъде дете на Delta“, казва Арис Кацуракис, специалист по вирусна еволюция в университета в Оксфорд, Обединеното кралство. Екипи в Ботсвана и Южна Африка идентифицират варианта в края на ноември. Вариантът съдържа около 30 промени в шипа, много от които са общи с другите варианти, което предизвиква безпокойство. Учени от цял свят работят, за да преценят заплахата, която представлява.

Бързото нарастване на случаите на Omicron в Южна Африка показва, че новият вариант има предимство пред Delta, казва Том Уенселер, еволюционен биолог и биостатистик от Католическия университет в Лъовен в Белгия. Omicron носи някои от мутациите, свързани с огромната инфекциозност на Delta. Изследователят смята, че повишената му инфекциозност не е единствена причина за бързото разпространение.

Вместо това, той и други изследователи, подозират, че възходът на Omicron може да се дължи до голяма степен на способността му да заразява хора, които имат вече имунитет от предишни инфекции или придобит чрез ваксина.

Портретът на Omicron за учените все още е неясен и ще отнеме седмици, преди те да могат напълно да оценят неговите свойства. Но ако вариантът се разпространява отчасти поради способността му да избягва имунитета, той се вписва в теоретичните прогнози за това как SARS-CoV-2 вероятно ще се развие, казва Сара Коби, еволюционен биолог от Чикагския университет в Илинойс.

Тъй като нарастването на инфекциозността на SARS-CoV-2 започва да се забавя, вирусът ще трябва да поддържа своята жизнеспособност чрез преодоляване и заобикаляне на имунните отговори, казва Коби. Например, ако мутация или набор от мутации намали наполовина способността на ваксината да блокира предаването на зараза, това може значително да увеличи броя на наличните гостоприемници в популацията. Коби казва, че е трудно да си представим, че всякакви бъдещи повишения на инфекциозността биха могли да осигурят същия гласък.

Този еволюционен път – към заобикаляне на имунитета за сметка на повишаването на инфекциозността, е често срещан сред установените респираторни вируси като грипа, казва Адам Кучарски, математически епидемиолог в Лондонското училище по хигиена и тропическа медицина. „Най-лесният начин вирусът да предизвика нови епидемии е да се „научи“ да се крие от иму-

нитета с течение на времето. Това е подобно на явлениято, което наблюдаваме при сезонните коронавируси.“

Лабораторните експерименти и секвенирането на циркулиращите варианти са идентифицирали набор от мутации в спайковия протеин, които отслабват ефикасността на неутрализиращите антитела, образувани след инфекция и/или ваксинация. Варианти, носещи тези мутации, като Beta, притъпиха ефективността на ваксините. Но те не са заличили защитата, която ваксините предлагат, особено срещу тежки заболявания.

В сравнение с други варианти, Omicron съдържа много повече от тези мутации, особено в областта на шипа, който разпознава клетките гостоприемници. Предварителният анализ на Блум допуска, че тези мутации могат да направят някои части от шипа неразпознаваеми за антителата, получени от ваксини или предишна инфекция с други щамове. Но ще са необходими лабораторни експерименти и епидемиологични изследвания, за да се оцени напълно ефектът от тези мутации.

Развитието на вируса с цел избягване на имунната реакция може да доведе до някои еволюционни промени. Мутацията на шипчето, която помага да се избягват антителата, може да намали способността на вируса да разпознава и да се свързва с клетките гостоприемници. Рецептор-свързващият участък на шипа – основната цел за неутрализиращите антитела – е сравнително малък, казва Джейсън Маклеан, структурен биолог от Тексаския университет в Остин, и все пак е в състояние да толерира толкова много промени и да изпълнява своята основна задача – да се прикрепя към ACE2 рецепторите на клетката гостоприемник.

Възможно е срещата с различните версии на шипчестия протеин – чрез преболедуване или актуализация на ваксините – да допринесе за изграждане на сериозна бариера пред SARS-CoV-2. Мутациите, които преодоляват отговора на антителата при някои хора, е малко вероятно да осуетят този отговор в една цяла популация, а Т-клетъчно-медириятният имунитет, другото рамо на имунния отговор, изглежда е по-устойчив на промени във вирусния геном.

ВИРУС В ПРЕХОД

От това как SARS-CoV-2 се променя в отговор на имунната реакция на човешкия организъм зависи преминаването му към ендемичен вирус. Вероятно е да причинява локални огнища и епидемии с различен размер, като грип и повечето други често срещани респираторни инфекции.

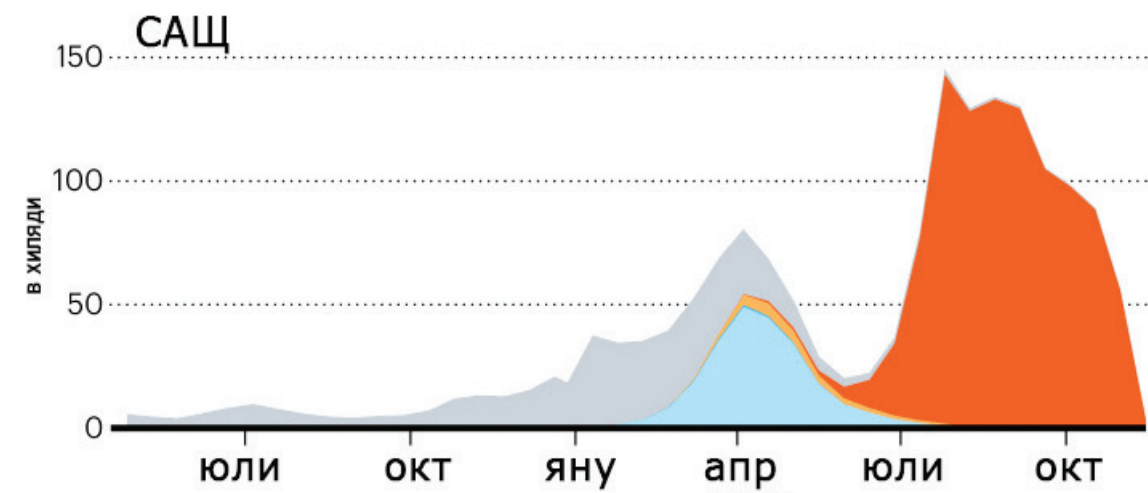
За да предскажат как ще изглеждат тези огнища, учените проучват колко бързо популацията става отново податлива на инфекция, казва Кучарски, и дали това се случва най-вече чрез вирусна еволюция, отслабващ имуен отговор или чрез появата на новородени без имунитет към вируса. „Чувство ми е, че малките промени, които отварят определена част от инфектираната по-рано популация за повторно заразяване, може да са най-вероятната еволюционна траектория“, казва Рамбаут.

Най-обнадеждаващото, но и най-малко вероятното бъдеще за SARS-CoV-2 би било да следва пътя на морбили. Инфекцията или ваксинацията осигуряват доживотна защита и вирусът циркулира до голяма степен въз основа на новородените. „Дори вирус като морбили, който по същество няма способност да се развива, за да избегне имунитета, все още съществува“, казва Блум.

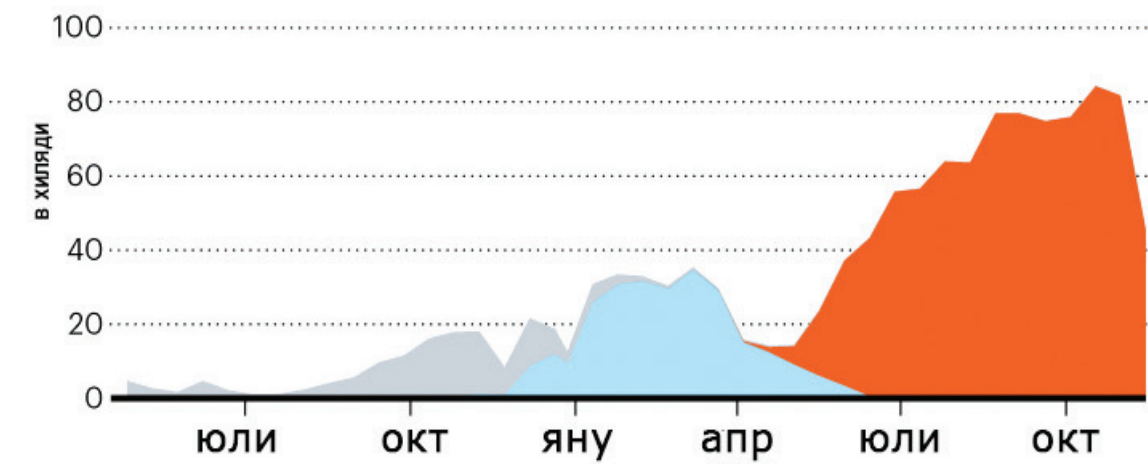
По-вероятен, но все още относително обнадеждаващ паралел за SARS-CoV-2 е патоген, наречен респираторен синцитиален вирус (RSV). Повечето хора се заразяват през първите две години от живота си с него. RSV е водеща при-

ДОМИНИРАЩИ ВАРИАНТИ НА SARS-COV-2

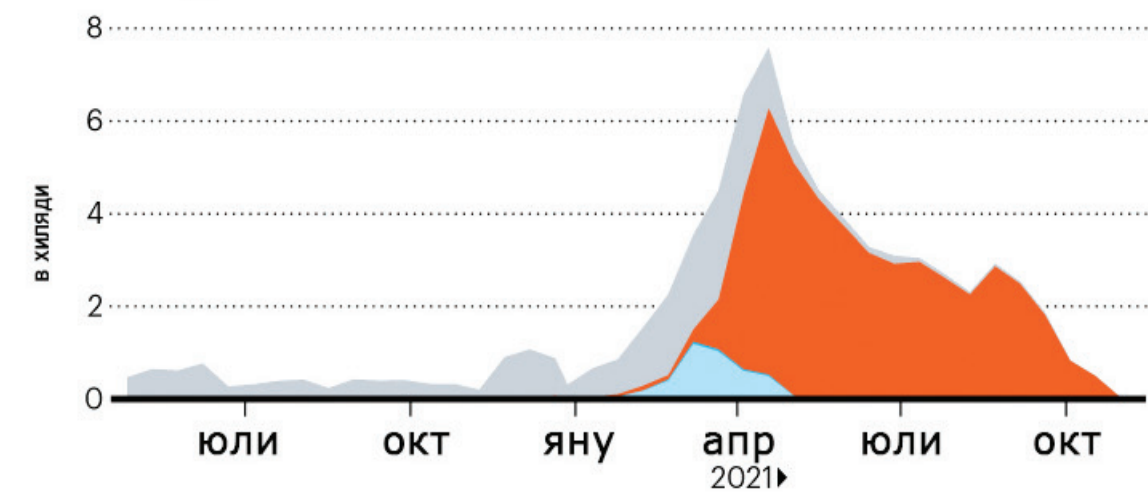
Alpha Beta Delta Gamma Omicron Други



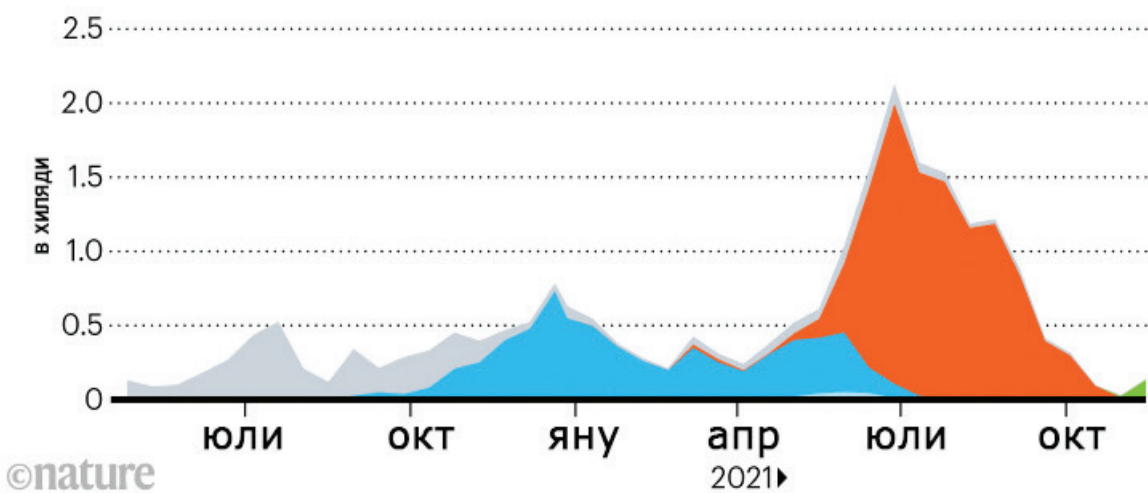
ОБЕДИНЕНО КРАЛСТВО



ИНДИЯ



ЮЖНА АФРИКА



чина за хоспитализация на кърмачета, но повечето случаи в детска възраст са леки. Отслабващият имунитет и вирусната еволюция в комбинация позволяват на нови щамове на RSV да се разпространяват из цялата планета всяка година, заразявайки голям брой от възрастното население, но с леки симптоми, благодарение на инфектиране в детството. Ако SARS-CoV-2 следва този път – подпомогнат от ваксини, които осигуряват силна защита срещу тежко заболяване – „това по същество се превръща във вирус на децата“, казва Рамбаут.

Грипът предлага друг сценарий – всъщност два. Грипният вирус А, който предизвиква глобални сезонни грипни епидемии всяка година, се характеризира с бърза еволюция и разпространение на нови варианти, способни да избягат от имунитета, предизвикан от минали щамове. Резултатът е сезонни епидемии, задвижвани до голяма степен от разпространението при възрастни, които могат да развият тежки симптоми. Ваксините срещу грип намаляват тежестта на заболяването и забавят предаването му, но бързата еволюция на грип А означава, че ваксините невянги са добре съчетани с циркулиращите щамове.

Но ако SARS-CoV-2 се развие така, че да избягва имунитета, той може да заприлича на грип В. По-бавната скорост на промяна на този вирус в сравнение с грип А означава, че предаването му се дължи до голяма степен на инфекции при деца, които имат по-слаб имунитет отколкото възрастните.

Колко бързо се развива SARS-CoV-2 в отговор на имунитета също ще определи дали – и колко често – ваксините трябва да се актуализират. Настоящите предложения вероятно ще трябва да бъдат осъвременени в някакъв момент, казва Бедфорд. Неговият екип откри признаци, че SARS-CoV-2 се развива много по-бързо от сезонните коронавируси и дори изпреварва грип А, чиято основна циркулираща форма се нарича H3N2. Бедфорд очаква SARS-CoV-2 в крайна сметка да се установи в някакво по-стабилно състояние. „Дали, подобно на H3N2, където трябва да актуализирате ваксината на всяка година или две, или където трябва да актуализирате ваксината на всеки пет години, или ако е нещо по-лошо, не знам със съмнение.“

Въпреки че други респираторни вируси, включително сезонни коронавируси като 229E, предлагат няколко потенциални бъдещи перспективи за SARS-CoV-2, вирусът може да отиде в съвсем различна посока, казват Рамбаут и други. Високата циркулация на варианта Delta и възходът на Omicron – подпомогнат от неравномерното разпределение на ваксините в страни с по-ниски доходи и минимални мерки за контрол в други – предлагат плодородна почва за SARS-CoV-2 да направи допълнителни изненадващи еволюционни скокове.

Например, документ, изготвен от научна консултативна група на правителството на Обединеното кралство през юли, допуска възможността SARS-CoV-2 да стане по-тежък или да избегне настоящите ваксини чрез рекомбиниране с други коронавируси. Продължаващата циркулация в животински развъдници като напр. такива за норки или белоопашати елени, носи повече потенциал за изненадващи промени, като избягване на имунния отговор и/или по-тежко протичане.

Може да се окаже, че бъдещето на SARS-CoV-2 все още е в човешки ръце. Ваксинирането на възможно най-много хора сега, когато атаките срещу вируса все още са много ефективни, може да му попречи да отключи промени, които да предизвикат от своя страна нови вълни. „Възможно е да има няколко посоки, в които вирусът да поеме“, казва Рамбаут, „и вирусът не се ангажира с нито една от тях“.

Източник: Nature.com

Д-Р ГЕОРГИ ГЕОРГИЕВ:

ЕДИН НА 8 МЪЖЕ РАЗВИВА РАК НА ПРОСТАТНАТА ЖЛЕЗА ДО КРАЯ НА ЖИВОТА СИ

Д-р Георги Георгиев е специалист уролог в „Хил клиник“. Специализира „Урология“ във ВМИ – Плевен. Той има богат опит при безкръвното лечение на доброкачествена простатна хиперплазия – направени над 100 лазерни вапоризации на простатна жлеза, стотици енуклеации (напреднала техника за отстраняване на увеличена простата), както и направена първа самостоятелна енуклеация със Зелен лазер в България.



- Д-р Георгиев, месец след MOvember – кампанията, посветена на мъжкото здраве, каква е статистиката, свързана с рака на простатата у нас?

- За България би трябвало статистиката да е сходна с тази на САЩ и Европа, рискът за развитие на рак на простатната жлеза е един същ. Проблемът у нас е, че няма статистика през последните 5 години, затова използваме тази на САЩ и Европа.

А равностметката е много сериозна: един на 8 мъже до края на живота си развива рак на простатната жлеза. По отношение на смъртността: 1 на 41 мъже умира от рак на простатата. Реално ракът на простатата се нарежда на второ място по смъртност при мъжете, след рака на белия дроб.

Основният проблем при това заболяване, който мъжете продължават да не могат да разберат, е, че оплаквания няма. Затова казваме, че ракът на простатата е тихият убиец. Т.е. човек не усеща абсолютно нищо. Когато се стигне дотам даден пациент да има оплаквания, обикновено те са свързани с метастази и много напреднал стадий на заболяването. Тогава ние уролозите не можем да бъдем полезни, за съжаление.

- В този ред на мисли, колко ключова е профилактиката?

- Профилактиката е от изключително значение. Благодарение на нея ние можем да диагностицираме рака на простатната жлеза в ранен стадий, тогава, когато човек няма никакви оплаквания. Когато ракът на простатата е вътре, все още в простатната жлеза и няма разпространение в съседни органи.

- Как оценявате профилактиката у нас?

- За съжаление не е много добра. В самата държава няма добра организация по отношение на профилактиката. Личните лекари у нас имат право да тестват с PSA мъжете на две години, което е много, много дълъг период. Навсякъде по света препоръката е след 50-годишна възраст профилактиката за рак на простатата да се извършва всяка година.

Проблемът в България е, че мъжете първо по принцип не обръщат внимание на здравето си и не ходят на лекар.

В „Хил Клиник“ вече 10 години участваме активно в кампанията MOvember – ангажираме се с медийни изяви и безплатни прегледи, които се стремим да бъдат целогодишни.

- На каква диагностика залагате?

- Вече четири години в клиниката правим 3D fusion биопсия, което в момента ще стане златен стандарт за диагностика на рак на простатата. Това е нов метод за диагностика въз основа на преди това направен мултипараметричен ядрено-магнитен резонанс. Чрез този вид биопсия се хващат туморни образувания от порядъка 5-10 мм, което е много ранен стадий на заболяването. Тази диагностика е в пъти по-точна, а крайните резултати след лечението на пациента са в пъти по-добри.

- Вие успявате да внедрите 3D fusion биопсията като метод у нас. Как стигнахте като информация за него?

- Запознах се метода на европейски конгрес по урология и видях, че това е бъдещето. Говорих с няколко

ко колеги, които вече бяха започнали да се занимават с този вид биопсия. След това преминах през няколко курса на обучение, един от които в Германия. В началото беше трудно, но вече успяхме да третираме близо 500 случая. Дори проф. д-р Йенс-Уве Щолценбург от Университетска болница в Лайпциг, с когото работим, каза, че биопсиите, които се правят у нас, са по-добри от тези в Германия.

- При какви пациенти може да се прилага въпросната биопсия?

- При всеки един пациент със съмнение за рак на простатна жлеза. Няма значение дали ще е в ранен или напреднал стадий, защото, освен всичко друго, 3D fusion биопсията е по-безопасна, тъй като е трансперинеална.

Освен това ние обхващаме много повече зони на тъкан, които тестваме, като по този начин получаваме много повече информация по отношение на хистологичния вариант на тумора, което също е много важно за подхода и по-нататъшната терапия.

- Каква е равностметката от тазгодишната кампания MOvember във Вашата болница?

- Чисто статистически, освен че прегледахме много повече пациенти, увеличава се броят на мъжете, които идват профилактично на преглед, което е обаче заради самата кампания.

За съжаление, това не

трябва да се случва само през ноември, защото ние уролозите не можем да прегледаме всички мъже тогава.

- По какъв начин трябва да се намеси държавата, за да може профилактиката да бъде по-последователна?

- Това, което може да се направи в България, за съжаление, никога вероятно няма да стане. На много места по света правят задължителна профилактиката на дадено заболяване, защото е по-често. Трябва също да се обмислят механизми, така че диагностиката да бъде по-достъпна за пациентите.

Личните лекари, например, могат да подканват всички свои пациенти – мъже над 50-годишна възраст, да си правят PSA тестове и ако се отчете отклонение от нормата, да дават направления за уролог.

Държавата може да задължи всички мъже над 50-годишна възраст да се тестват за рак на простата. В цял свят се прави това, но самите пациенти също трябва да се грижат за здравето си, защото ние лекарите не можем да бъдем на 100% отговорни за него.

- Какъв е процентът на хората, които идват в кабинета, ви в напреднал стадий, за сметка на тези, при които карциномът бива открит навреме?

- Реално аз всеки ден в кабинета си имам по един пациент, който е в напред-

нал стадий на рак на простатната жлеза. Напреднал стадий значи, че не може да бъде опериран. Днес например имам пациент с туморен маркер 10 пъти над нормата с описани метастази в лимфни възли и в кости. Мъж на 64 години – никога не е ходил на лекар. Съвсем случайно са му пуснали туморен маркер и оттам пациентът е тръгнал на изследвания.

За съжаление, заболяването няма никакви симптоми, точно затова трябва да се заложи на профилактика.

Освен това, при рака на простатата има генетично унаследяване, тоест ако в рода има мъж, който е имал рак на простатната жлеза, при останалите рискът е 50% по-висок и тези мъже трябва по-често да се изследват. След 45 години да правят PSA един път в годината, а след 50 години е препоръчително дори на шест месеца.

- Какви са факторите, допринасящи за увеличаването на риска от развитие на заболяването?

Един от основните фактори за увеличаване на риска от рак на простатата е проблемът с наднорменото тегло. Другите фактори са пушенето и хроничната употреба на алкохол. Също така е доказано, че при един мъж, ако сексуалният му живот е по-нередовен или липсва това също оказва влияние и може да повиши риска от рак на простатната жлеза.

- Какви са възможностите пред хората, които са в напреднал стадий?

- Пациентите в много напреднал стадий са извън нашия ресор, те биват пренасочвани към онкодиспансер, назначава им се хормонално лечение, тъй като ракът на простатата е хормонно чувствителен. Прави се така наречената химическа кастрация, изключва се тестостерона от организма и се забавя драстично развитието на рака. Допълнително вече според стадия може да се включи химиотерапия, при някои пациенти и лъчетерапия. За съжаление в повечето случаи тези пациенти не могат да бъдат излекувани радикално.

- А какъв е крайният стадий, в който Вие може да се намесите?

- Най-крайният стадий, в който можем да оперираме, е 3Б. Това е стадият, в който

простатата има рак, той е обхванал и семенните мехурчета, но всичко е съвършено локализирано.

Това е краен стадий, в който можем да оперираме, но тогава лечението е мултимодално – т.е. операцията е част от лечението, а не цялото лечение. След операцията може да се добави лъчетерапия, фокусирана в малък таз, ако са останали ракови клетки да бъдат унищожени. Допълнително може да бъде приложена хормонална терапия.

- Как виждате бъдещето на лечението на простатата – ще изпревари ли науката болестта или диагностиката винаги ще бъде крачка напред?

- В момента в света се правят огромни проучвания, които целят да бъде създадена ваксина, която да предпазва от заболяването. Работи се също и в посока на това ние да знаем предварително кой пациент е застрашен от това заболяване и да насочат усилията за по-добра таргетирана профилактика. Много е трудно обаче да се направи нещо, което да е функционално за всички. Това е и основният проблем, но аз съм сигурен, че в бъдеще и това ще стане и реално дори може да няма нужда от специалисти като нас.

- След като ноември вече мина и има риск темата отново да остане в сянка, за какво бихте апелирали?

- Ами аз бих посъветвал не само мъжете, но и роднините, които са около тях, да ги мотивират да отидат на преглед. Другото нещо, което някак си трябва да се обясни на мъжете, е, че прегледът не е болезнен. Не е срамно, че си отишъл на уролог, това не те прави по-малко мъж. Голяма част от мъжете се притесняват да отидат уролог, защото ги е страх от тази част от прегледа, която включва дигиталното ректално туширане, а именно опипването на простатната жлеза. Първо това не е задължителна част от прегледа и никой пациент няма да насилвам да го правим, това е препоръка. Подходът към всеки пациент е индивидуален. Така че апелът ми е всеки мъж над 50-годишна възраст един път в годината да ходи на преглед, защото това е много често заболяване и репликата „На мен няма да ми се случи“ не помага.

Интервю на Милена Енчева

2021: ПРОБИВИТЕ, КОИТО ПРОМЕНИХА МЕДИЦИНАТА

Пандемията от Covid-19 за пореден път ни доказва колко сме уязвими като общество. За разлика от пандемията, покосила света преди векове обаче, живеещите в 21-ви век имат безспорно предимство – достъпът до иновативни решения в медицината. Година след като коронавирусът навлезе в живота ни през 2020, ние получихме шанс да се справим с инфекцията – „Здравейте, ваксини!“.

Разбира се, иновациите през 2021 не се изчерпват с препаратите срещу Covid-19 – много други научни постижения белязват годината и историята като никога досега. В следващите редове сме подбрали някои от най-значимите пробиви в областта на медицината, които могат да се окажат повратна точка за човечеството, с надеждата да бъдат спасени повече животи.

Отвъд ваксините срещу Covid-19



Въпреки че пандемията преобърна света с краката надолу за почти две години, тя донесе след себе си значителен напредък в областта на медицина.

В момента можем да проверим дали сме носители на коронавирус с тест, резултатите от който стават готови за 15 минути. Благодарение на него можем спокойно да посетим близките си или да пуснем детето си на училище. Новите медикаменти от друга страна ни предпазват от това да развием сериозни симптоми на заболяването.

Разбира се, най-безспорният пробив остават ваксините, които вече спасиха хиляди животи и предотвратиха хоспитализацията на редица заразени.

Постигнатото с ваксините може да бъде надградено в годините напред. В момента изследователи тестват възможността новата РНК-технология, на база на която са направени две от ваксините срещу Ковид, някой ден да спомага за предпазването и от други инфекциозни заболявания като бяс, Зика, ХИВ, рак на кожата, гърдата, дебелото черво и пр. Това са усилия, които заслужават да бъдат адмирирани.

Психоделичните лекарства, които излизат от сянка

Повече от 50 години, след като употребата на различни видове психотропни вещества за забавление беше забранена, лекарствата, разработени на тази основа се издигат на нови висини в областта на психологическите изследвания.



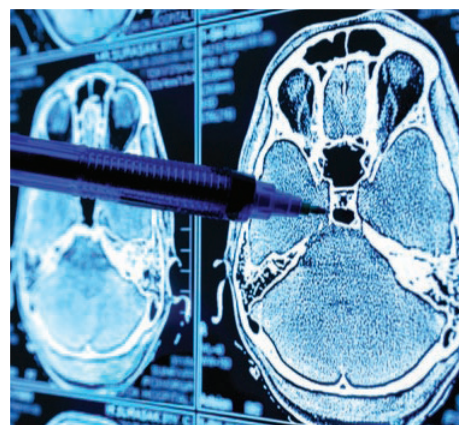
В рамките на по-малко от година, знакови университети като Нюйоркския, Калифорнийския и Бъркли откриха специализирани центрове, където се провеждат повече от 100 проучвания посветени на LSD, MDMA, псилоцибинът, извлечен от халюциногенни гъби и тяхната способност да помагат при симптоми, вариращи от главоболие до болести като анорексия и цялостното подобряване на общото състояние.

Получените до момента резултати потвърждават техния терапевтичен потенциал, установявайки, че MDMA успешно лекува тежко постравматично стресово разстройство, а псилоцибинът намалява симптомите на депресия толкова ефективно, колкото ежедневния прием на антидепресанти.

„Само една или две дози психоделици в поддържана среда могат да осигурят бързи и значителни подобрения“, казва Натали Гукасиан, д.м., медицински директор на Центъра за изследване на психоделиката и съзнанието в Медицински център Джон Хопкинс, Бейвю в Балтимор, като подчертава, че тези резултати са свързани с употребата на псилоцибин с цел терапия.

Лесен начин за установяване на ранните стадии на рака

Непрекъснато чуваме, че навременното откриване на рак е ключът към справянето с болестта. За съжаление, съществуват ограничен брой изследвания като цитонамазка, мамография, скрининг на белите дробове и колоноскопия, които спомагат за ранната диагностика.



Именно поради тази причина новата технология, която изследва кръвните проби за наличието на повече от 50 вида рак, предизвиква такова вълнуване.

Тестът Galleri алармира за наличието на заболяването, както и кои органи е засегнато.

Междинните резултати от клинично изпитване, включващо 6000 души на над 50-годишна възраст, показват, че тестът е помогнал за диагностицирането на 29 от тях, които не са знаели, че имат рак на белия дроб, яйчниците, ректума, шията, гърдата и панкреаса, наред с други диагнози, за които няма налични скринингови тестове. Тази „течна биопсия“, предназна-

Завладяна от COVID-19 година се оказва успешна откъм научни постижения

цена да допълни други налични инструменти за скрининг, предстои да бъде одобрена от FDA.

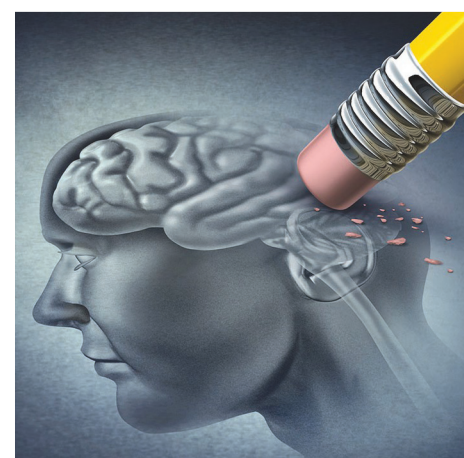
Нов начин да тестваме фертилност



Когато се опитваш да заченеш, всеки следващ цикъл може да се окаже обезкуражаващ. Тестовите за изчисляване на овулацията в домашни условия са отскоро на пазара, но сканират урината за един-единствен хормон. Новите тестове OOVA kit, подкрепени от болницата Mount Sinai в Ню Йорк, измерват два хормона, за да идентифицира по-точно периода, в който ще е най-подходящо да започнете да правите опити.

Първият, лутеинизиращият, хормон се покачва преди да се освободи яйцеклетка; вторият, прогестеронът, се задейства непосредствено след овулацията. Проследяването и на двата хормона подобрява точността, така че тези тестове се доближават като надеждност до кръвните, казва Серена Х. Чен, доктор по медицина, клиничен доцент по акушерство и гинекология в Медицинското училище Rutgers Robert Wood Johnson в Ню Джърси и медицински съветник на компанията. Приложение на вашия телефон чете тест лентата за всеки ден, показвайки ви кое е най-доброто време да се заемете с опитите за зачеване.

Развитие при лечението на алцхаймер



Тази година се оказва решаваща за лечението на друго голямо заболяване. Агенцията за контрол над храните и лекарствата на САЩ (FDA) одобри първия нов медикамент срещу Алцхаймер за последните близо 20 години (вж. бр. 6/2021 на в-к „Quo vadis“).

Според създателите на лекарството, то лекува не просто симптомите на болестта,

предизвикваща деменция, а и причините за нея. Все още обаче много експерти поставят под съмнение ефективността на препарата Адухелм, чиято активна съставка се нарича Адуканумаб.

Тя действа срещу т.нар. бета-амилоидни плаки в мозъка – това са протеините, които предизвикват разрушаване на когнитивните способности. Създателите на лекарството са изследвали здрави хора в напреднала възраст и са открили имунните клетки, които изграждат антитела срещу въпросните амилоидни протеини. Две клинични изпитания на лекарството са показали, че то забавя изграждането на бета-амилоидните плаки.

Въпреки че все още сме далеч от лекарството, което да излекува болестта, „никога не е имало по-вълнуващ период в изследванията на терапията на Алцхаймер“, казва Мария Карило, главен научен директор в Асоциацията на Алцхаймер, която отбелязва, че одобрението на първото лекарство в нова категория поощрява изследванията в тази област, увеличавайки инвестициите в нея, което респективно пък ще доведе и до повече иновации в тази посока.

HPV ваксината намалява случаите на рак на маточната шийка с 90%

Случаите на рак на маточната шийка рязко намаляха сред британските жени, на които е поставена ваксина срещу човешкия папиломен вирус според наскоро публикувано проучване.



Сравнявайки случаите на рак на маточната шийка и предракови заболявания, преди и след въвеждането на програма за имунизация срещу HPV в Англия през 2008 г., изследователите установяват значително намаление, особено сред най-младите жени, получили инжекция според резултатите, публикувани в медицинското списание The Lancet.

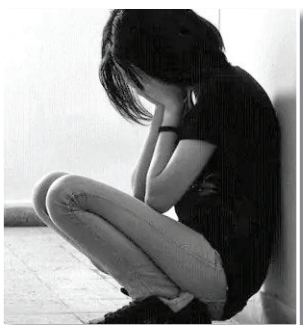
„Нашето проучване предоставя първото пряко доказателство за ефекта от ваксинацията срещу HPV с помощта на двувагентната ваксина Cervarix върху заболяемостта от рак на маточната шийка“, пишат авторите.

Очакваното намаляване на риска е най-забележимо сред тези, които са били ваксинирани на възможно най-ранна възраст от 12-13 години, с 87% спад. Имунизиранияте на възраст между 16 и 18 години са отбелязали спад от 34%, установи проучването.

Ваксината срещу HPV, първоначално лицензирана през 2006 г., сега е одобрена в повече от 120 страни.

МЕДИЦИНСКИ
НОВИНИ

Съществува ли
повишен риск за
суицид сред хора,
изписани от
интензивен сектор?



Все повече пациенти, преминали през лечение в сектор по интензивно лечение и оцелели след критични състояния, страдат от физически и психиатрични последици. Преживяването на критично състояние и престоят в такъв сектор са асоциирани с депресия, тревожност, посттравматично стресово разстройство, разстройство със злоупотреба с вещества и психоза. Остава нерешен въпросът дали преминаването престоя в интензивен сектор е свързан и с повишен риск от суицид и самонараняване.

Използвайки база данни с медицинска информация, Fernando et al. анализират общо 423 000 пациенти, преминали през интензивно лечение и ги сравняват с над 3млн. души, преминали през хоспитализация в друго отделение в Онтарио в периода от 2009г. до 2017г. След статистическа обработка става ясно, че в сравнение с престоя в останалите отделения, този в сектор



**СЕРТИФИКАТИ ЗА
ДОБРА МЕДИЦИНСКА
ПРАКТИКА
(ЗА РАБОТА В ЧУЖБИНА)**

**НЕОБХОДИМИ СА
КОПИЯ ОТ:**

1. ЛИЧНА КАРТА
2. ДИПЛОМА ЗА ВИСШЕ ОБРАЗОВАНИЕ
3. ДИПЛОМА ЗА СПЕЦИАЛНОСТ
4. УДОСТОВЕРЕНИЕ ОТ РЛК НА БЛС ЗА ЧЛЕНСТВО И ДОБРА ПРАКТИКА

За контакти:
Ирен Борисова
02/954 94-60;
0899 90 66 47
Яна Кръстева
0899 906 655

МЕДИЦИНСКО ОБУЧЕНИЕ ЗА ЛЕКАРИ

*Платформата за лекари Medical News
е водеща в различните методи на
електронното продължаващо
медицинско обучение (е-ПМО) у нас и е
официален партньор на БЛС в е-ПМО.*

по интензивни грижи и реанимация е значително свързан с повишен риск за суицид (aHR 1.22) и самонараняване (aHR 1.15).

Този риск е най-явен веднага след изписване, продължава да е висок в продължение на години и се наблюдава както при пациенти с анамнеза за психиатрични заболявания, така и при такива без подобни оплаквания в миналото. Пациентите, преминали през интензивни грижи, които реализират опита за суицид, са предимно по-млади, живеят в по-неблагоприятни социално-икономически условия, нямат придружаващи заболявания, имат предишни психиатрични диагнози и са изписани без предписание за долекуване. Освен това, по-висок риск за суицид и за самонараняване носят апаратната вентилация и хемодиализата.

Коментар:
Хората с повишен риск за суицид и самонараняване са с различен профил от болните с хронични заболявания след изписване от сектора по интензивно лечение. Необходимо е лекуващия лекар да обръща внимание на психиатричното състояние на такива пациенти, особено ако са млади, и имат проблеми от психо-емоционалната сфера.

Източник:
Fernando SM et al. Suicide and self-harm in adult survivors of critical illness: Population based cohort study. BMJ 2021 May 5; 373:n973. (https://doi.org/10.1136/bmj.n973)

ПРОФИЛАКТИКА НА ВЕНОЗНИЯ ТРОМБЕМОЛИЗЪМ ПРИ ПАЦИЕНТИ С COVID-19 НА ИНТЕНЗИВНО ЛЕЧЕНИЕ

Данните от обсервационните проучвания, направени



досега, не внасят яснота относно това дали при пациентите с COVID-19 има полза от приложението на по-висока от стандартната профилактична доза антикоагулант.

Освен това, болните с COVID-19 в звеното за интензивно лечение са с по-голяма вероятност от летален изход при възникване на кръвене.

Авторите на проучването INSPIRATION разпределят на случаен принцип 600 пациенти на интензивно лечение (средна възраст 62г.) с COVID-19 от 10 центъра в Иран да получат или междинна доза еноксапарин (1 mg/kg дневно), или стандартна такава (40 mg дневно).

Първичната крайна цел по отношение на ефективност (т.е. 30-дневна заболяемост от венозна или артериална тромбоза, лечение с екстракорпорална мембранна оксигенация или летален изход) се наблюдава в подобни честоти и при двете дозировки на антикоагуланта (45.7% при междинната доза и 44.1% при стандартната). Подобни са и честотите на летален изход (43.1% и 40.9%), ВТЕ (≈3.4% и в двете групи) и сериозно кръвене (2.5% и 1.4%). Тежка тромбцитопения (<20,000 клетки/μL) се регистрира значително по-често при получилите междинна доза еноксапарин, в сравнение със стандартната (2.2% спрямо 0%).

Коментар:

Имайки предвид високата честота на ВТЕ при пациенти с COVID-19, би било логично по-високата профилактична доза да доведе до по-добра прогноза по отношение на честотата на ВТЕ. Въпреки това, резултатите от разглежданото рандомизирано проучване не подкрепят тази хипотеза.

Представените доказателства, заедно с други междинни резултати проучвания, показващи евентуална вреда от антикоагулацията в терапевтична доза при пациенти с тежко протичане на COVID-19, насочват към прилагане на стандартна доза антикоагулант при профилактика на ВТЕ сред болните на интензивни грижи. Продължават клиничните изследвания върху хора с COVID-19, които не се лекуват в звено по интензивни грижи.

Източник:

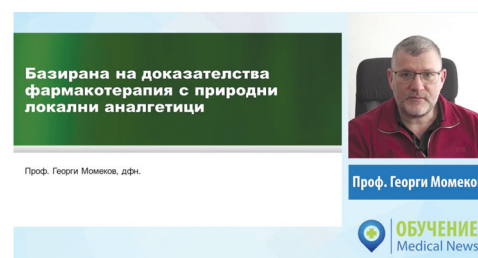
INSPIRATION Investigators. Effect of intermediate-dose vs standard-dose prophylactic anticoagulation on thrombotic events, extracorporeal membrane oxygenation treatment, or mortality among patients with COVID-19 admitted to the intensive care unit: The INSPIRATION randomized clinical trial. JAMA 2021 Mar 18; [e-pub]. (https://doi.org/10.1001/jama.2021.4152)

ВИДЕО ОБУЧИТЕЛЕН КУРС

БАЗИРАНА НА ДОКАЗАТЕЛСТВА ФАРМАКОТЕРАПИЯ С ПРИРОДНИ ЛОКАЛНИ АНАЛГЕТИЦИ

Цели на курса:

Този курс цели да запознае лекарите с базирана на медицински доказателства фармакотерапия с природни локални аналгетици



За автора:

Проф. Георги Момаков, д-р е председател на Българското научно дружество по фармация и преподавател в катедра „Фармакология, фармакотерапия и токсикология“ при Фармацевтичен факултет на МУ – София.

Подходяща аудитория:

Курсът е подходящ само за лекари, основно общопрактикуващи лекари и специалисти от всички останали специалности.

Допълнителна информация:

Курсът е част от програмата за онлайн продължаващо медицинско обучение за лекари на Български лекарски съюз и Medical News. Продължителността му е около 30 мин.

Материалите и използваната информация в курса са подготвени през 2021 г.

След курса предстои тест, за преминаването на който е нужен правилен отговор на над 70% от въпросите. При успешно преминаване на теста, всеки участник получава сертификат с 1 кредитна точка за продължаващо медицинско обучение (СМЕ). Ако не преминете успешно теста от първия път, ще имате още 2 опита за полагането му.

УЕБИНАР

Линк: <https://youtu.be/CwQgo9e8UjA>



ОБУЧЕНИЕ
Medical News

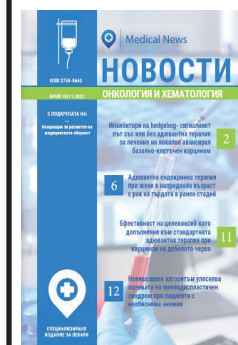
ПРОФ. ПАСКАЛЕВ
ПРОФ. ЛИТВИНЕНКО



**КРАЧКА НАПРЕД В ЛЕЧЕНИЕТО НА БОЛЕСТ НА ФАБРИ:
НОВОСТИ И ПРЕДИЗВИКАТЕЛСТВА**

ОНЛАЙН СПИСАНИЕ

ОНКОЛОГИЯ И ХЕМАТОЛОГИЯ



„Онкология и хематология“, посветено на най-актуалните проучвания в областта през последните 12 месеца.

Всеки брой на списание „Medical News Новости“ обединява най-новите проучвания и препоръки в дадена медицинска специалност от последната година.

Динамичното ежедневие на съвременния лекар води до невъзможността да се следят най-важните научни статии в съответната област. Именно по тази

причина Medical News цели да помогне на лекарите да са в крак с най-актуалните проучвания за клиничната им практика.

Всяко едно списание се разпространява до майките на всички регистрирани в Medical News.

Предстоящи броеве на „Medical News: Новости“:

Гастроентерология

РЕГИСТРАЦИЯ

Вече над 18 000 лекари са регистрирани на Medical News.

За да имате достъп до е-ПМО на Medical News, официален партньор на БЛС, моля регистрирайте се на <http://medicalnews.bg/registration/> или влезте в профила си – <http://medicalnews.bg/login/>

Регистрацията Ви дава достъп до:

- Всички научни статии на Medical News
- Списания „Medical News: Новости“
- Седмичния ни бюлетин „Медицински новини“
- Акредитирани от БЛС онлайн обучителни курсове
- Уебинари
- Тема на месеца

РЕКЛАМНИ ТАРИФИ: Направете запитване на 0899906644 и quovadis@blsbg.com

QUO VADIS

Редакционно броят е приключен на 20. 12. 2021 г.

Адрес на редакцията:

София, бул. „Акад. Иван Евст. Гешов“ 15,
НЦОЗА Български Лекарски Съюз
Тел.: 359 8 999 0 66 44

Главен редактор: Георги Радев

Репортер: Милена Енчева

Email: quovadis@blsbg.com

Предпечат: Ан-Ди

Експонация и печат: ИПК „Родина 2“

85 ГОДИНИ ОТ СЪЗДАВАНЕТО НА УМБАЛ „ЦАРИЦА ЙОАННА - ИСУЛ“

През 1934 г. Царица Йоанна дарява средства и терен за построяване на Работническа болница в София. Създава се болнично заведение, в което да постъпват за лечение обикновените здравноосигурени хора, които не разполагат с достатъчно лични средства, но имат нужда от компетентна медицинска помощ. Строителството на основната сграда завършва през 1936 г., когато новото здравно заведение се открива официално. Привлечени са висококвалифицирани медицински кадри.

След 9 септември 1944 г. статутът на Работническата болница не се променя. Едва през 1950 г., след продължителна предварителна дискусия, на територията на болницата се създава Институт за специализация и усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ). Тази абревиатура става изключително популярна през следващите години, тъй като болницата постига висок авторитет, включва в себе си специалисти с европейска и световна известност и бележи високи научни и практически постижения. Авторитетът, натрупан от болницата в периода до 1972 г., се съхранява, за което говори фактът, че тя и до днес е по-известна като „ИСУЛ“.

Указът на Народното събрание на Р България за откриването на ИСУЛ е издадена на 2.X.1950 г. под № 528. Институтът започва дейността на следващата година с 4 катедри – по ортопедия, с ръководител проф. Бойчо Бойчев; по рентгенология, с ръководител проф. д-р Гоце Тенчов; по вътрешни болести, с ръководител проф. д-р Ташо Ташев и по ендокринология, с ръководител проф. д-р Иван Пенчев. Първият ректор на новооткритото университетско заведение е доц. (по-късно професор) Гоце Тенчов. След него ректор е проф. Ташо Ташев (1952-1955), а през 1956 г. постъпва отново се заема от проф. Гоце Тенчов.

През 1951 г. щатът на Института наброява 660 души, от него 58 професори, доценти и асистенти, 90- ординатори и 25 лаборанти. В края на първите 10 години от създаването на ИСУЛ щатът нараства на 1054 души, от които 183 професори, доценти, асистенти и научни сътрудници. Основна задача на Института е да създаде програми за специализация и усъвършенстване на лекарите, да формира система за обучение на лекарите в последните новости в европейската и световна практика. За първите 10 години са организирани 209 курса за специализация с 3579 обучавани лекари и 268 курса за усъвършенстване с 3878 участници – лекари, стоматолози и фармацевти. Заедно с 594 лекари на индивидуално обучение и 130 клинични ординатури цифрата достига 8181 обучени лекари. Това е внушително постижение за време, в което липсва подобна практика, дори в света. ИСУЛ бързо получава международно признание и се посещава от световно известни специалисти. Неговият опит предизвиква определен интерес. Легловата база достига 670 болнични легла. Това дава възможност големият брой курсисти – средно 750 годишно,



Архитект Георги Овчаров - автор на архитектурния проект на болница „Царица Йоанна“

да намерят възможности за практическа работа, наред с теоретичното обучение. Още по това време се изгражда концепцията, че само продължителната практическа работа по специалността спонтанно не ражда специалисти. Необходимо е обучението да се извършва под ръководството на персонално определени и утвърдени специалисти и в медицински учреждения, предлагащи необходимата за правилното обучение на лекарите материално-техническа база. Разработват се примерни програми за специализация, проверява се работата на периферни звена, провеждат се учебно-методични конференции в различни градове на страната, което утвърждава ИСУЛ като цялостен научно-методичен ръководител на специализацията на лекарите в цялата страна. Около 1957 г. започва провеждането на ежегодни изпити за специалност с получаване на определен диплом. Въвеждат се общоболнични патологоанатомични срещи и дискусии. Организират се т.нар. декади – посещение на отделения в други болници за клинични дискусии и операции.

Голямата по обем учебна работа стимулира лекарските кадри, работещи в института, да следят новостите, да осъществяват многостранна допълнителна специализация в чужбина и в други структури в страната, а голямата по обем диагностично-лечебна дейност и внедряването на нови методи утвърждава болницата като водеща в страната. Допълнителен принос към доброто име на ИСУЛ е извършването на специализирани или широкообхватни задълбочени проспективни изследвания върху заболяемостта на населението, както и предлагане на нови методи за лечение.

През 1971 г., 20 години след създаването си, ИСУЛ разполага с 39 катедри, 2 клиники, 22 централни лаборатории. 22 от катедрите на ИСУЛ са клинични звена – 12 терапевтични и 10 хирургични, 9 са медикобиологични и параклинични, 9 - хигиенни и медикосоциални и 3 - стоматологични. Две от катедрите на ВМИ-София (по инфекциозни и кожно-венерически болести) изпълняват и функции на центрове за следуниверситетска квалификация като катедри на ИСУЛ. В института по това време работят 79 редовни професори и доценти, 289 преподаватели и асистенти, 39 старши научни сътрудници, 104 научни сътрудници, 144 ординатори, 95 други специалисти с висше образование. В учебния процес участват още 32 хонорувани професори и доценти и 159 хонорувани преподаватели и асистенти.

Клиничната база на ИСУЛ обхваща 1200 болнични легла, но се ползва и легловата база на Републиканския научно-практически институт за спешна медицинска помощ „Пирогов“, на III градска болница, на Научния институт по неврология и психиатрия и пр.

С развитието на ИСУЛ растат и учебните възможности на катедрите. Към края на 1961 г. броят на специализираните лекари достига 11829, а от тях диплом за специалност получа-

ват 4471. В началото на 1971 г. броят на специализираните и усъвършенстваните се наброява 21312, а получените удостоверения за специалност достигат 12674. Годишно по това време се провеждат средно 180 курса с около 2000 курсисти. До края на 1970 г. са проведени 1617 курса с 23017 курсисти. За същия период в системата за индивидуално обучение да преминали 3079 лекари и стоматолози, от които с ИСУЛ 2010. Клиничната ординатура се приема като утвърдена форма за качествена подготовка. Като целесъобразна и най-масова форма се отчита специализацията на щатно място с централни и периферни звена. Курсовете стават основна форма за обучение, като продължителността им постепенно намалява, а се интензивира наситането им с практически и теоретичен материал. Създава се каталог на курсове, които ще се провеждат в ИСУЛ през следващите 10 години.

На 30 април 1972 г. с указ № 921 на Държавния съвет на Р България се създава втората Медицинска академия. Изгражда се гигантска структура, включваща ВМИ-София, ИСУЛ, научно-изследователски медицински институти, проблемни научни групи и лаборатории към БАН. Скоро сред това са погълнати ВМИ-Пловдив и ВМИ-Варна, а по-късно и новосъздадените медицински факултети в Плевен и Ст. Загора. През 1975 г. преподавателите и научните сътрудници в академията нарастват до 4168, а броят на студентите надхвърля 10000. Достига се до аномалията в началото на 1976 г.

с разпореждане на Бюрото на БС Софийският медицински факултет формално за бъде закрит. Обучението и на студенти, и на специализанти се влошава. Дълго време в клиничните звена на ИСУЛ се съхранява доброто наследство, отразяващо се в много висока степен върху преподавания материал и върху качеството на практическото обучение. Извършените структурни промени обаче довеждат до извеждането на Катедрата по урология от ИСУЛ и сливането ѝ с тази в Александровска болница, до извеждането на Катедрата по уши-нос-гърло от Александровска болница и сливането ѝ с тази в ИСУЛ. Редица катедри, разположени на други територии, постепенно се откъсват от ИСУЛ – Катедрата по неврохирургия, Катедрата по ендокринология и Клиниката по ендокринна хирургия, Катедрата по сърдечносъдови заболявания с Клиники по съдова и по сърдечна хирургия, Катедрата по детска хирургия и др.

На 29 октомври 1990 г. се възстановява предишният статут на Медицинския факултет в София. Бившият ИСУЛ, превърнал се база 2 на Медицинска академия, става университетска болница „Царица Йоанна“, а от 2000 г. е многопрофилна болница за активно лечение.

Източник: Дамян Дамянов, Миладин Апостолов „История на хирургията в България“, изд. „ГорекПрес“, София, 2007 г. (чрез сайта на УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“, със съкращения.

ЦАРСТВО БЪЛГАРИЯ

ДЪРЖАВЕНЪ ВЕСТНИКЪ

ИЗЛИЗА ВСЪКИ ПРИСЪЖТСТВЕНЪ ДЕНЪ

Година XLIX СОФИЯ, понеделник, 4 април 1927 година Брой 3

ТАКЪСЪТ за еднократна публикация въ „Д. вестникъ“ е за малки обявления: обезсичване на изгубени документи и др. до 20 думи или частъ отъ толкова — 25 лв. за текста и 10 лв. за подписа.

За публикация отъ търговски характеръ до 100 думи или частъ отъ толкова — 450 лв.; за заглавие, дата и подписъ на същия — 20 лв.

За всички останали публикации, включително резолюции на съдилищата за обявяване въ несъстоятелностъ на търговски фирми, до 100 думи или частъ отъ толкова — 150 лв.; за заглавие, дата и подписъ на тѣхъ, за редъ — 10 лв.

Отдѣлна страница за табелария и др. публикации — 2500 лв.

Съответнитѣ суми се внасятъ въ мѣстния клоъ на Б. Н. Б., а втората половина отъ вѣ. лръстъ се депозира въ администр. Разписи, както и надписени суми, не се връщатъ.

Всѣка поръчка, нахоляща отъ частно лице или учреждение се придружава отъ обгербвано заявление или гербова марка за 3 лева.

Абонамента се внася винаги въ предплатъ съ вносенъ лръстъ и бива годишенъ: 600 лв. за България и 900 лв. за странство, или полугодишенъ: 300 лв. за България и 500 лв. за странство. Абониранията стават за цѣлата година или за първото шестмесечие на 1 априлъ и за второто шестмесечие на 1 октомврий, а вестника почва да се изпраща отъ деня на получаване вносния лръстъ въ администратията, безъ тая да е длъжна да дава и изплатитѣ по-рано броеве.

Рекламации за неполучени отъ абонатитѣ броеве се приематъ: за София въ продължение на 3 дни и за провинцията — на 10 дни отъ датата, която носи рекламиранитѣ брой.

Всѣко, що се отпаса до вестника, се адресира направо до Държавното книгоиздателство при Държавната печатница. Поправкитѣ се таксуватъ като малки обявления.

Придружава отъ обгербвано заявление или гербова марка за 3 лева.

ОФИЦИАЛЕНЪ ОТДѢЛЪ

М-ство на търговията, промишлеността и труда

УКАЗЪ

№ 3.

НИЕ БОРИСЪ III

сЪ БОЖИЯ МИЛОСТЬ и НАРОДНАТА ВОЛЯ

ЦАРЪ НА БЪЛГАРИТЪ

Обявяваме на всички Наши вѣрноподаници, че XXI-то Обикновено народно събрание, презъ 4-тата му редовна сесия, въ 65-ото заседание държало на 18 мартъ 1927 г., гласува и прие,

Ние утвърдихме и утвърждаваме следния

ЗАКОНЪ

за построяване на болница на общественитѣ осигуровки въ Ст. София.

Чл. 1. Разрешава се на Министерството на търговията, промишлеността и труда да построи за целитѣ на общественитѣ осигуровки една болница въ Ст. София, на стойностъ до 30,000,000 лева.

Чл. 2. Разрешава се на същото министерство за постройка на болница за целитѣ на общественитѣ осигуровки да купи отъ Софийската община подходящо мѣсто, цената на което се включва въ предвидената въ чл. 1 максимална стойностъ.

Чл. 3. Покупката на мѣстото и постройката на болницата да се извърши съ предвиденитѣ за целта въ бюджета на общественитѣ осигуровки кредитъ.

Изпълнението на настоящия указъ възлагаме на Нашия Министъръ на търговията, промишлеността и труда.

Издаденъ въ София на 24 мартъ 1927 год.

На първообразния съ собствената на Негово Величество рѣка написано:

„БОРИСЪ III“

Приподписалъ,

Министъръ на търговията, промишлеността и труда:

Ца. Бобошевски

Първообразниятъ указъ е облѣченъ съ държавния печатъ и зарегистриранъ подъ № 1935 на 29 мартъ 1927 г.

Пазителъ на държавния печатъ,

Министъръ на правосъдието: Д-ръ Т. Кулевъ

На първообразния съ собствената на Негово Величество Царя рѣка написано:

„Одобрено БОРИСЪ III“

ДОКЛАДЪ до Негово Величество Царя

№ 5152

Ваше Величество,

На основание чл. 45 отъ Конституцията, честь имамъ да помоля Ваше Величество, да одобрите чрезъ подписване приложенния тукъ указъ, приетъ отъ XXI-то Обикновено народно събрание, презъ четвъртата му редовна сесия въ 65-ото заседание държало на 18 мартъ 1927 г., законъ за построяване на болница на общественитѣ осигуровки въ Ст. София.

Гр. София, 24 мартъ 1927 год.

Министъръ на търговията, промишлеността и труда:

1—(2)—1 Ца. Бобошевски

ОФИЦИАЛЕНЪ ОТДѢЛЪ

УКАЗЪ

№ 4

НИЕ БОРИСЪ III

сЪ БОЖИЯ МИЛОСТЬ и НАРОДНАТА ВОЛЯ

ЦАРЪ НА БЪЛГАРИТЪ

Обявяваме на всички Наши вѣрноподаници, че XXI-то Обикновено народно събрание, презъ 4-тата му редовна сесия, въ 67-то заседание държало на 28 мартъ 1927 год., гласува и прие,

Ние утвърдихме и утвърждаваме следния

ЗАКОНЪ

за измѣнение на чл. 5 отъ закона за признаване на Индустринна концесия за тъкачество на Козма Чекъвъ отъ гр. София, приетъ отъ XIX-то Обикновено народно събрание, 3-та редовна сесия, на 24 февруарий 1923 година.

Членъ единственъ. Одобрява се срока за пълното реализиране на Индустринната концесия за тъкачество на копирени платове на Козма Чекъвъ отъ гр. София, предвиденъ въ чл. 5 отъ закона за тая концесия, гласуватъ и приетъ отъ XIX-то Обикновено народно събрание, 3-та редовна сесия на 24 февруарий 1923 год., да се продължи съ още две години, считано отъ 20 мартъ 1927 година.



Професор Гоце Тенчов – пръв ректор на Института за усъвършенстване на лекарите (ИСУЛ)

Указ на Цар Борис III за утвърждаване на Закон за построяване на болница на обществените осигуровки в София (по-късно Работническа болница „Царица Йоанна“, днешна УМБАЛ „Царица Йоанна - ИСУЛ“), Държавен вестник, Брой 3/1927 г.

ИЗКУСТВОТО В ЖИВОТА НА СЕМЕЙСТВО ДЖУРКОВИ

Гастроентеролог и ортодонт създадоха музей галерия в сърцето на Пловдив

Страстта към изкуството завладява семейство Джуркови на един по-късен етап от живота им. Любовта към красивото обаче се развива толкова бързо и силно, че към днешна дата лекарското семейство може да се похвали със собствен музей галерия с картини и стари мебели в сърцето на древния и вечен Пловдив.

Лекарско семейство с преподавателски нюх

Той е гастроентеролог, а тя ортодонт. Противно на очакванията, се запознават чрез общ приятел, а не в университета, в който учат.

Доц. д-р Венцеслав Джурков завършва медицина през 1984 г. Печели конкурс в Медицинския университет в Пловдив и до ден-днешен преподава там. Паралелно с това развива успешна практика като гастроентеролог, основавайки частна практика по гастроентерология и създавайки със свои колеги единствената специализирана гастроентерологична болница у нас, а по-късно и университетска многопрофилна болница.

Д-р Анна Джуркова също дълги години е преподавател в Катедрата по ортодонтия на МУ-Пловдив. Има 36-годишен стаж, като в момента работи в частната си клиника заедно с дъщеря си, която има същата специалност, но придобита в Тел Авив.

Да вдъхнеш нов живот на културното наследство

Древният и вечен Пловдив е събрал в себе си множество красиви старинни къщи превърнали се в част от историческото наследство на града. За съжаление част от тях тънат в разруха, заради нехайство на собствениците и държава. Именно такъв имот семейство Джуркови искат да спасят и реставрират, връщайки стария му блясък.

Така закупуват сграда паметник на културата. Къщата е построена в периода 1908-09 г. и в архитектурните планове на града фигурира като къща „Големинов“. С големи усилия, след като закупуват имота, лекарското семейство успява да го реставрира успешно по всички изисквания.

„Целта ни беше да реставрираме къщата без определени намерения за какво ще я използваме. Имахме различни предложения – да направим хотел и/или ресторант. Но не това бе нашата цел. В крайна сметка ни хареса как е реставрирана къщата и преценихме, че може да я отворим за обществен достъп, за да бъде разглеждана като музей галерия“, споделя д-р Анна Джуркова.



Мебели с история

Всеки предмет в музей галерия „Джуркови“ е подбран с отношение. Наред с картините, които заемат централно място, там може да се видят и редица старинни мебели и предмети, които семейството също е успяло да реставрира.

„Преобразихме къщата, така че когато влизаш в нея да се почувстваш, че сякаш живееш в началото на миналия век. Мебелите в нея са закупувани и реставрирани от нас“, казва д-р Джуркова.

„Едната от гарнитурите, която реставрирах, е от къщата на Панайот Хитов. Същата преди 30 години е била закупена от българка, която живее в Италия. След връщането им в България мебелите са били доста амортизирани и занемарени и са предадени на Историческия музей в Пловдив, където също не се погрижват за гарнитурата. Предложих да ги реставрирам и за 6 месеца придобиха изключително красив и автентичен вид“, казва д-р Джуркова.

ци, нито съм знаела картини, нито съм имала никакви картини“, признава Анна Джуркова.

Малко след този първи допир с изкуството се появяват и първите картини в дома на сем. Джуркови.

„Започнах да чета за художници. Всичко става с много четене, много внимание, голям подбор. Освен това купуването на картини при нас е много специално, защото ние не ги продаваме. За да влезе една картина в дома ни, тя трябва да отговаря на редица условия“, казва д-р Джуркова.

Преди години, заедно с колежка ортодонт, д-р Джуркова попада в дома на колекционера Боян Радев. Там той ѝ показва творба на Димитър Казаков-Нерон – художник, с творчеството на който тя се е запознала допълнително.

„Тази картина ми заседна в главата. За нея обаче ми обавиха супер цена и нямаше как да реагирам. След тази случка не успях да спя цяла седмица. В крайна сметка не издържах и закупих картината – първата творба на Димитър Казаков-Нерон, която и до днес е страховтна находка“, споделя д-р Джуркова.

По думите ѝ купуването на картини, никога не е било самоцел при нея. Дори няколко пъти се е опитвала да спре, но при вида на следващата красива творба нещо в нея я кара да се интересува и съответно да придобие картината.

„Богомил Райнов е описал този феномен като тази „тиха лудост“, която те обзема извън твоите прагматични виждания“, казва тя.

Постепенно лекарите започват да участват в чуждестранни търгове за картини.

„От Израел придобихме една картина на известна българска художничка Султана Суружон – „Голо тяло“, създадена през 1941 г. Тя се оказва голямо „попадение“, признават семейство Джуркови.

Към днешна дата в галерията има произведения на над 220 художници с над 400 творби. Има картини на видни български представители на българското изкуство, като Владимир Димитров – Мийстора, Златю Бояджиев, Иван Мърквичка, Антон Митов, Никола Танев и много други.

Между медицината и художественото изкуство

Интересът към изкуството при доц. Джурков се заражда случайно. Сред пациентите в клиниката му попадат един галерист и един художник, които предлагат произведения на лекаря. Той купува една част от тях за коридорите на болницата. Впоследствие, виждайки изложените картини, една част от паци-

ентите също подаряват други картини, които са разположени в болничните стаи.

„Решихме, че това е една важна част от лечението на пациентите. Когато се разхождат в лечебното заведение да нямат усещането, че са в болница, а и смятам, че изкуството действа успокояващо, което е много важно за всеки болен човек“, пояснява гастроентерологът.

И двамата лекари са категорични, че колкото и интересно да е изкуството, за тях винаги водещи ще останат професиите им. Именно благодарение на тях, те, към днешна дата, имат възможност да се занимават активно и с хобито си.

За гастроентеролога медицината е сбъдната мечта, а специалността му – най-правилният избор за него.

„Сигурен съм, че това е моята специалност. Свързана е с много високоспециализирани изследвания със съвременна техника. А аз обичам да се занимавам с техника“, заявява доц. Джурков.

Другото нещо, което му доставя удоволствие, е преподаването. Честият контакт с млади хора и необходимостта да си винаги в кондиция за всички нови неща в специалността те държи винаги нащрек, но и много задължава. Вярно, че с годините и опитът много помага, но не е достатъчен при това бързо развитие на медицината.

Именно с тази нагласа той успява да развие успешно своята болница, превръщайки я в модерно лечебно и учебно заведение (болницата е със статут на университетска), където пациентите да бъдат обгрижвани с внимание. Бъдещите цели на лекаря са да развие допълнително дейността си като разшири най-вече доболничната помощ.

Д-р Джуркова също има успешна практика като ортодонт и преподавател, но вече е избрала да не преподава. Наред с работата си в кабинета, е решила да заложи на неща, които ѝ създават много положителни емоции. Именно затова отделя все повече време на изкуството в живота си.

Наследството на семейство Джуркови

От май месец миналата година музей галерия „Джуркови“ е отворена за посетители. Въпреки че от тогава се налага да затварят врати неколккратно заради Covid-19, мястото се радва на интерес – особено от чужденци.

„Когато решихме да направим имотът музей галерия, не предполагаме какъв голям ангажимент е това. Има нужда от постоянна поддръжка. Това са три етажа с картини, мебели и ръчно тъкани килими, което е друга наша страст“, казва д-р Джуркова.

Тя е тази, която в момента се занимава основно с галерията и подбора на картини.

„Въпреки че доц. Джурков през последните години се намеси много сериозно в общото ни хоби. Благодарение на него имаме много уникални произведения на български художници, една от тях е творбата на Иван Мърквичка – „Лазарки“, която е истински шедьовър, пояснява ортодонтаката.

Галерията е подредена спрямо периода, в който са творили самите автори, като сред художниците има както такива, създавали картини в началото на 20-и век, така и наши съвременници, които правят изкуство и до днес.

Най-важното за сем. Джуркови е, че това, което правят, ще остане за поколения наред и изкуството няма да бъде унищожено, а съхранено и възродено. Именно затова те ще продължават да се занимават с хобито си, естествено и с любимите си професии.

Материал на Милена Енчева

